Maastricht University

Verward van geest en ander ongerief

Citation for published version (APA):

Oosterhuis, H., & Gijswijt-Hofstra, M. (2008). *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005) (3 banden, 5 delen)*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Lochum.

Document status and date:
Published: 01/01/2008

Document Version:
Early version submitted to journal

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 02 May. 2024

Verward van geest en ander ongerief

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)

Harry Oosterhuis
Marijke Gijswijt-Hofstra

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Bohn Stafleu Van Loghum

2008

Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Huizinga Instituut, Onderzoekschool voor Cultuurgeschiedenis, de Faculteit der Geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam en de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht.

Woord vooraf

Inleiding

Deel 1. Psychiatrie in opbouw (1870-1918)
Inleiding
1.1. De negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg
1.1.1. De Eerste Psychiatrische Revolutie
1.1.2. Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland
1.2. De uitdagingen van de moderne massamaatschappij
1.3. De eerste medische specialisatie: het psychiatrisch-neurologische vak en werkveld
1.4. Het grote bouwen
1.4.1. 'De dierenbescherming zou daar nog een vruchtbaar terrein voor hare werkzaamheden hebben'
1.4.2. De tweede Krankzinnigenwet
1.4.3. De grenzen van krankzinnigheid
1.4.4. Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg
1.5. De wereld van het gesticht
1.5.1. De gestichtsbevolking
1.5.2. Tussen thuis en gesticht
1.5.3. Krankzinnig in het gesticht
1.5.4. Tot verplegen geroepen
1.5.5. Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren
1.6. De zorg voor zenuwlijders
1.6.1. Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt
1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest
1.6.3. Particuliere praktijken en psychotherapie
1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie
1.7.1. De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie
1.7.2. De wetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie en neurologie
1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten
1.9. De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie
Nabeschouwing

Deel 2. Beloftes van het nieuwe (1918-1940)
Inleiding
2.1. Het psychiatrisch-neurologisch vak
2.1.1. Het werkveld en de beroepsorganisaties
2.1.2. Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten
2.2. De gestichts- en inrichtingspsychiatrie
2.2.1. De bouw van psychiatrische inrichtingen
2.2.2. De aangewezen of sanatoriumafdeling
2.2.3. Bouwen voor speciale groepen
2.2.4. Meer dan het gesticht alleen
2.3. Krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen
2.3.1. 'Achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal' – verhalen van Fré Dommisse
2.3.2. De gestichts- en inrichtingsbevolking

2.3.3. Een verpleger 'van de oude stempel'
2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep
2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd
2.3.6. Terug naar de maatschappij
2.3.7. De forensische psychiatrie en de psychopatenzorg
2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij
2.4.1. Het ontstaan van de voor- en nazorg
2.4.2. Uitbouw van de voor- en nazorg
2.5. Geestelijke volksgezondheid
2.5.1. De psychohygiënische beweging
2.5.2. Geestelijke volksgezondheid: cultuurpessimisme en burgerschap
2.5.3. Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie
2.5.4. Verzuilde psychohygiëne
2.5.5. Drankverslavingszorg
2.5.6. Moeilijke kinderen
2.6. Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg
2.7. Psychotherapie en psychoanalyse
Nabeschouwing

Deel 3. Ontwrichting, uitbouw en kentering (1940-1965)
Inleiding
3.1. Het psychiatrisch-neurologisch vak
3.1.1. Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties
3.1.2. De universitaire psychiatrie
3.2. De oorlog in de psychiatrische inrichtingen
3.2.1. Leerling-verpleegster in Het Apeldoornsche Bosch
3.2.2. De eerste oorlogsjaren: bezetting en 'euthanasie'-dreiging
3.2.3. Evacuatie en voedselrantsoenering
3.2.4. De deportatie van joden, 1942-1944
3.2.5. Ontberingen en oorlogsgeweld in het laatste oorlogsjaar
3.2.6. Na de bevrijding
3.3. De inrichtingspsychiatrie na de oorlog
3.3.1. Puinruimen, wederopbouw en uitbouw
3.3.2. Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging
3.3.3. Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting
3.4. Zorg in de psychiatrische inrichting
3.4.1. De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking
3.4.2. De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting
3.4.3. Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater
3.4.4. 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'
3.4.5. Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde
3.4.6. Het verpleegsterstekort
3.4.7. Patiënten in de psychiatrische inrichting
3.4.8. Forensische psychiatrie
3.5. Geestelijke volksgezondheid tijdens oorlog, bezetting en bevrijding
3.5.1. Oorlogspsychosen en -neurosen
3.5.2. De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid tijdens en na de oorlog
3.5.3. Geestelijke ontreddering en een nieuw zedelijkheidsoffensief
3.6. Geestelijke volksgezondheid in de lange jaren vijftig
3.6.1. Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme

3.6.2. Een nieuw psychohygiënisch élan
3.7. De ambulante geestelijke gezondheidszorg
3.7.1. Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg
3.7.2. Voor- en nazorg en sociale psychiatrie
3.7.3. Alcoholverslavingszorg
3.7.4. Medisch Opvoedkundige Bureaus
3.7.5. Psychotherapie en het Instituut voor Medische Psychotherapie
3.7.6. Psychotherapie en zielzorg
3.7.7. Bureaus voor Levens-, Gezins- en Huwelijksmoeilijkheden
Nabeschouwing

Deel 4. Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand (1965-1985)
Inleiding
4.1. Het psychiatrisch vak
4.1.1. Het werkveld en de beroepsorganisaties
4.1.2. De universitaire psychiatrie
4.2. De geestelijke gezondheidszorg onder druk: kritische psychiatrie en overheidsbemoeienis
4.2.1. Van geleide naar spontane zelfontplooiing
4.2.2. De psychiatrie onder vuur
4.2.3. Het overheidsbeleid
4.3. De metamorfose van het psychiatrisch ziekenhuis
4.3.1. Nieuwbouw en renovatie
4.3.2. Differentiatie en deconcentratie
4.3.3. Democratisering en conflict
4.4. Patiënten, verpleging en behandeling
4.4.1. 'Beelden van doorbraak en triomf van de geest'
4.4.2. De rechten van de patiënt
4.4.3. Van massaliteit naar individualiteit: ervaringen van een psychiatrisch verpleegkundige
4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?
4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme
4.4.6. Kentering: de weerbarstigheid van geestesziekte
4.4.7. De forensische psychiatrie
4.5. Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie
4.5.1. De democratisering van geluk
4.5.2. De moraal van openheid en bespreekbaarheid
4.6. De ambulante geestelijke gezondheidszorg: expansie en reorganisatie
4.6.1. Groei en bloei van de ambulante voorzieningen
4.6.2. Het psychotherapeutisch bedrijf
4.6.3. De psychotherapeutische markt en psychologisering
4.6.4. Fluwelen en harde psychiatrie
4.6.5. De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Nabeschouwing

Deel 5. Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking (1985-2005)
Inleiding
5.1. Het psychiatrisch beroep
5.1.1. Het werkveld en de beroepsorganisaties
5.1.2. De universitaire psychiatrie
5.2. Maatschappij, overheid en geestelijke gezondheidszorg

5.2.1. De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg
5.2.2. Extramuralisering en vermaatschappelijking
5.2.3. De domeindiscussie
5.2.4. Rationalisering en juridisering
5.3. De intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende
5.3.1. De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen
5.3.2. De patiënten
5.3.3. Zorg en behandeling
5.3.4. 'Marie, word wijzer!' Een psychiatrisch-verpleegkundige carrière
5.3.5. De verpleegkunde: professionalisering ten tijde van deregulering
5.3.6. De forensische psychiatrie
5.4. De ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende
5.4.1. Het hulpverleningsaanbod
5.4.2. De hulpvraag: cliënten en klachten
5.4.3. Behandeling: pillen en praten
5.5. Geestelijke gezondheidszorg en samenleving
5.5.1. Het gebrekkige draagvlak voor vermaatschappelijking
5.5.2. Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal
Nabeschouwing

Slotbeschouwing

Archivalia

Bibliografie

Bijlagen

Bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940

Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000

Bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940

Bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884-1940

Bijlage 4: Overzicht naamsveranderingen en fusies psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt

Bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964

Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997

Bijlage 5c: Verpleegden in psychiatrische inrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen in Nederland 1969-2000, gebaseerd op CBS

Bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-1996, gebaseerd op *GGZ in getallen*

Bijlage 6: Aantallen en soorten voorzieningen ambulante geestelijke gezondheidszorg 1936-1994

Bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000 (door Peter van Drunen)

Lijst van illustraties

Afkortingen

Index

Personalia auteurs

Woord vooraf

Dit werk is het sluitstuk van het collectieve onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*, dat in 1999 na een subsidietoekenning van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek van start ging. Het initiatief hiervoor kwam vanuit de Faculteit der Geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam, de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht en het Trimbos-instituut te Utrecht. Als coördinatoren van dit project waren wij onder andere verantwoordelijk voor de synthese van oud en nieuw historisch onderzoek op het gebied van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland vanaf het eind van de negentiende eeuw. Zonder de inbreng en ondersteuning van vele anderen hadden wij dit omvangrijke overzichts- en naslagwerk niet kunnen schrijven.

Allereerst zijn wij dank verschuldigd aan de deelnemers aan het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche* en aan de bijeenkomsten die in het kader van dit project in de jaren tussen 1999-2005 plaatsvonden. Gemma Blok, Cecile aan de Stegge, Joost Vijselaar en Ido Weijers vormden samen met ons de kerngroep van het onderzoeksprogramma. De bijeenkomsten, die meestal op het Trimbos-instituut te Utrecht plaatshadden, werden verder min of meer regelmatig en al dan niet gedurende de gehele onderzoeksperiode bijgewoond door Karin Bakker, Peter van Drunen, Leonie de Goei, Annemieke Klijn, Michiel Louter, Inge Mans, Toine Pieters, Jessica Slijkhuis, Henk van der Velden, Hans de Waardt en Cees Willemsen. Als stagiairs participeerden ook Sopa Bouman, Monica Braun, Jesse Mertens, Martine Noordegraaf, Fleur Parabirsing, en Leonieke Verhoeven in het onderzoeksprogramma. Wij denken met plezier terug aan de vaak levendige en inspirerende discussies, meestal naar aanleiding van voordrachten over lopend onderzoek, en hebben daarvan veel opgestoken. In het bijzonder willen wij Cecile, Jessica, Joost, Karin en Henk, Martine, Peter en Anna Louwen bedanken voor het gebruik dat wij hebben kunnen maken van hun (nog) ongepubliceerde onderzoeksresultaten en Monica, Leonieke en Sopa voor hun ondersteunende logistieke en onderzoekswerkzaamheden. Cecile heeft ons enorm geholpen met het verzamelen van illustraties. We zijn haar zeer erkentelijk voor het beschikbaar stellen van afbeeldingen uit haar eigen collectie. Peter verzorgde bijlage 7 over de ontwikkeling van de psychiatrische beroepsgroep. Verder zijn wij Ruud Abma erkentelijk voor zijn betrokkenheid bij ons project, zijn bijdrage aan de voltooiing van een van de deelonderzoeken en voor enkele waardevolle adviezen en correcties. Ook Tom van der Grinten bedanken wij voor zijn inbreng op een deelterrein van ons onderzoeksprogramma.

Bij de voltooiing van het manuscript van dit boek heeft een begeleidingscommissie als klankbord gediend. Deze commissie bestond uit Leonie de Goei, Harry Rooijmans (voorzitter), Piet de Rooy, Paul Schnabel en Joost Vijselaar. Daarnaast hebben ook Ruud Abma, Karin Bakker, Annemieke Klijn, en Cecile aan de Stegge het gehele manuscript of delen daarvan gelezen. Met hun accurate commentaar en nuttige suggesties hebben wij ons voordeel gedaan. Wij bedanken ook Peter Romijn van het NIOD voor zijn commentaar op het hoofdstuk over de Tweede Wereldoorlog en Cecile voor haar inhoudelijke bijdragen: eveneens over de oorlog en de paragrafen over verpleegkunde in de delen 4 en 5. Logistieke ondersteuning ontvingen wij van de

medewerkers van het Huizinga Instituut voor Cultuurgeschiedenis, Paul Koopman, Francien Petiet en Jantine Beuvens.

Bijzonder erkentelijk zijn wij Harry Rooijmans en het Bestuur van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde voor hun niet aflatende steun, die vooral in moeilijke tijden bijzonder welkom was. Voorts bedanken wij de uitgever, in het bijzonder Paul Dijkstra en de bureauredacteur Wouter Scheen van de uitgeverij, alsmede de beeldredacteur Iris Stekelenburg-van Halem voor de plezierige samenwerking.

Marijke Gijswijt-Hofstra
Harry Oosterhuis

INLEIDING

Rond 1900 waren in Nederland ruim 8.000 mensen opgenomen in 27 krankzinnigen- en zwakzinnigengestichten. Een onbekend aantal werd verpleegd in 19 sanatoria of herstellingsoorden voor zenuwlijders, 4 sanatoria voor alcoholisten en 3 gestichten voor epileptici.[1] Verder was een onbekend aantal mensen in behandeling bij zenuwartsen met een particuliere praktijk. Het totaal aantal Nederlanders dat toen op de een of andere manier in psychiatrische verpleging en/of behandeling was zal de 10.000 niet te boven zijn gegaan. Op een totale bevolking van ruim 5 miljoen was dat niet meer dan 2 promille van alle Nederlanders.[2] Op psychiatrisch-neurologisch terrein waren ruim 100 artsen, tegen de 1.000 oppassers en ongeveer 260 gediplomeerde verplegenden werkzaam.[3]

Ten tijde van de laatste eeuwwisseling, toen Nederland rond 16 miljoen inwoners telde, konden mensen met psychische stoornissen of moeilijkheden terecht in 29 psychiatrische ziekenhuizen - in 1996, voor een grote fusiegolf, werden nog 50 algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) geteld - 56 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen of universiteitsklinieken, 39 kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen inclusief medische kindertehuizen, 277 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen, 9 psychotherapeutische gemeenschappen, 15 forensische klinieken en 8 herstellingsoorden.[4] In alleen de psychiatrische ziekenhuizen verbleven op 1 januari 2000 bijna 20.000 patiënten, terwijl het aantal opnamen in dat jaar ruim 52.000 bedroeg. De gehele intramurale sector van wat geestelijke gezondheidszorg was gaan heten, beschikte toen over meer dan 50.000 bedden en bood plaats aan zo'n 3 promille van de Nederlandse bevolking. Als wij de ongeveer 40.000 verstandelijk gehandicapten die in speciale tehuizen verbleven, meerekenen, dan loopt dat promillage tegen de 6.[5] Bovendien was en fijnmazig stelsel van 'semimurale' voorzieningen - instellingen voor deeltijdbehandeling, crisis- en opvangcentra en beschermende woonvormen - tot ontwikkeling gekomen met een capaciteit van ongeveer 18.000 plaatsen - goed voor zo’n 1 promille van de bevolking.[6] Ook boden bijna 750 vrijgevestigde psychiaters en meer dan 2.000 niet-medische psychotherapeuten hun diensten aan. Verder bestonden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg al langer diverse ambulante voorzieningen, die in 1982 waren opgegaan in bijna 60 Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en die vanaf de jaren negentig deels fuseerden met psychiatrische ziekenhuizen.[7] Ambulante psychiatrische behandelingen vonden ook plaats in bijna 150 poliklinieken van psychiatrische, algemene en universitaire ziekenhuizen.[8] Alcohol- en drugsverslaafden konden terecht in 20 verslavingsklinieken, bijna 20 Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs en een 30-tal alternatieve

---

[1] Van Andel 1901; *Geneeskundig Jaarboekje* 1901, 10; vergelijk Van der Esch 1975-1980, I: 81. De totale capaciteit van de sanatoria bedroeg niet meer dan 500 bedden.
[2] Schnabel 1997a 121.
[3] Van Drunen 2004, 12; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding.
[4] Ten Have et al. 1998, 92; Trimbos-instituut 2000; Rigter et al. s.a..
[5] Rigter et al. s.a., 26 : tabel 3; Ten Horn 1997, 136; vergelijk Centraal Bureau voor de Statistiek 2002, 103.
[6] Zie Hutschemaekers, Ten Have en Jacobs 1995, 29-42; Schnabel 1998a en Schnabel 1997a, 119-131.
[7] Van Drunen 2004, 40; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 23-24; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Tonnaer 2001, 7.
[8] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

voorzieningen.[9] Op jaarbasis verwerkten deze ambulante instellingen tezamen aan het eind van de twintigste eeuw meer dan een half miljoen nieuwe hulpvragen.[10]

In de totale geestelijke gezondheidszorg[11] waren tegen het eind van de eeuw bijna 33.000 hulpverleners werkzaam: naast artsen en verpleegkundigen ook psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en specialistische vaktherapeuten.[12] Het aantal mensen dat zij jaarlijks in behandeling kregen, is moeilijk exact vast te stellen - alleen inschrijvingen werden geregistreerd en naar schatting tussen 20 en 50 procent daarvan kwamen voor rekening van een relatief kleine groep patiënten en cliënten die binnen een jaar meerdere keren in één of meer voorzieningen hulp kreeg. Als we het gemiddelde van de geschatte dubbeltellingen aanhouden komen we op bijna 350.000 oftewel ruim 2 procent van de Nederlandse bevolking - een vertienvoudiging vergeleken met een eeuw daarvoor.[13] Het ging daarbij niet alleen om psychiatrische patiënten, maar ook om 'cliënten' die met uiteenlopende geestelijke problemen en psychosociale moeilijkheden kampten.

Het zal duidelijk zijn: gedurende de twintigste eeuw heeft het relatief kleine en marginale psychiatrische zorggebied, waarvan mensen in de regel alleen gebruik maakten als de nood hoog was gestegen, zich zowel absoluut als relatief uitgebreid en is het uitgegroeid tot een omvangrijke geestelijke gezondheidszorg. Hoewel er soms ook probleemgebieden uit het psychiatrische werkveld verdwenen, was er in de twintigste eeuw onmiskenbaar sprake van een tendens om steeds meer kwesties tot het terrein van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg te rekenen. Het psychiatrische werkveld was niet alleen in omvang toegenomen, maar ook van gedaante veranderd.

Vraagstelling

In dit boek beschrijven wij de ontwikkeling van het psychiatrisch en deels ook neurologisch vakgebied vanaf het eind van de negentiende tot aan het begin van de eenentwintigste eeuw in samenhang met de veranderende probleemcultuur rond geestelijke verwarring.[14] Onze aandacht richt zich vooral op de wijze waarop uiteenlopende geestelijke moeilijkheden betekenis kregen in de benoemingen en duidingen van zowel de direct betrokkenen - de lijders, hun naasten en hun behandelaars - als vanuit de bredere maatschappij. Met andere woorden: hoe signaleerden en articuleerden betrokkenen moeilijkheden als specifieke psychiatrische of geestelijke gezondheidsproblemen? Wanneer gingen deskundigen over tot behandeling in de context van enerzijds hun interactie met de hulpvragers en anderzijds de instellingen en maatschappelijke omgeving waarin die wisselwerking plaatsvond? Dit zijn de vragen die in deze studie centraal staan.

---

[9] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 15; Hutschemaekers 1995, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89; Tonnaer 2001, 7.

[10] Ten Have et al. 1996, 128.

[11] Dat wil zeggen: APZ'en, PAAZ'en, academische ziekenhuizen, psychiatrische poliklinieken, categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en TBS-gestelden, medische kindertehuizen, beschermende woonvormen, medische kleuterdagverblijven, RIAGG'en, CAD's en particuliere praktijken. Zie Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

[12] Vos en Hutschemaekers 1999, 180; vergelijk Hutschemaekers en Neijmeijer 1998.

[13] Vos en Hutschemaekers 1999, 175; Hutschemaekers 2000; Tonnaer 2001, 9.

[14] Het attenderende begrip probleemcultuur ontlenen wij aan Van Lieshout 1993 en Van Lieshout 1994.

Dit boek gaat dus niet zozeer over de geschiedenis van geestesziekten of psychische moeilijkheden op zichzelf - vragen omtrent hun al dan niet historische of culturele bepaaldheid komen alleen zijdelings aan de orde.[15] Dit boek richt zich vooral op de wijze waarop mensen erop reageerden, ermee omgingen, hoe en in welke termen zij deze benoemden en verklaarden en deze onderscheidden van normaliteit of gezondheid. Het gaat ons om de aan verandering onderhevige betekenisgeving aan geestelijke verwarring. De vraag naar het wezen en de oorzaken ervan - biologisch, psychisch of sociaal - kunnen en willen wij niet beantwoorden; die discussie laten wij over aan psychiaters en andere deskundigen die zich bezighouden met diagnose en behandeling. Voor ons historici is relevant dat geestelijke moeilijkheden, wat hun aard en oorzaken ook mogen zijn, in de geschiedenis uiteenlopende maatschappelijke betekenissen en consequenties te zien geven, waaronder het al dan niet onderkend en benoemd worden als problemen die artsen of andere deskundigen kunnen behandelen. In die zin is het domein en de inhoud van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in hoge mate sociaal en cultureel bepaald. Nog sterker dan in de somatische geneeskunde is het onderscheid tussen gezond en ziek daarin onderhevig aan van tijd en plaats afhankelijke criteria.[16]

Op het niveau van de direct betrokkenen bij de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg biedt een zowel sociologisch als economisch opgevat marktbegrip een belangrijk heuristisch en analytisch instrument.[17] Het gaat daarbij om perspectieven 'van onderop' (hulpvragers) en 'van bovenaf' (hulpaanbieders) met inbegrip van hun onderlinge relaties en wederzijdse beïnvloeding. Vanuit het perspectief van (potentiële) hulpvragers en hun naasten verwijst het breed opgevatte marktbegrip naar het geheel van op een bepaalde tijd en plaats voor hen aanwezige opties om hulp of genezing te verkrijgen alsook de financieringsmogelijkheden.[18] De ontwikkeling en het functioneren van de psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt is de leidraad van ons verhaal. Deze markt stond uiteraard niet op zichzelf, maar werd op zijn beurt beïnvloed en begrensd door processen in de bredere samenleving – een beïnvloeding die uiteraard ook

---

[15] In hoeverre de uitingsvormen en de omvang van geestesziekten en psychische stoornissen door de tijd heen en in verschillende culturen hetzelfde zijn of variëren is een kwestie die tot de nodige discussie onder historici en sociologen heeft geleid. Sommigen benadrukken dat het niet om objectief vaststelbare, gegeven verschijnselen gaat, maar dat psychiatrische ziektebeelden als cultureel en historisch geconstrueerde categorieën tijd- en plaatsgebonden zijn en dat de toepassing van de moderne psychiatrische diagnostiek op uitingen van waanzin in het verleden onvermijdelijk tot vertekening leidt. Anderen stellen dat de uitingen en de omvang van een aantal ernstige, mede lichamelijk bepaalde geestesziekten door de tijd heen min of meer hetzelfde blijven, terwijl het bij andere psychische problemen om verschijnselen gaat waarvan de gedaante en de articulatie al naar gelang de historische en maatschappelijke omstandigheden variëren en die zich mede daarom niet even vanzelfsprekend en eenduidig in het psychiatrisch werkveld laten onderbrengen. Zie voor uiteenlopende standpunten in deze discussie: Foucault 1961/1979; Scull 1979; De Swaan 1979; De Swaan 1982; Donnelly 1983; Porter 1991; Shorter 1997/1998; Akkermans 2006. Voor specifieke studies over de historiciteit van psychiatrische en psychische problemen zie bijvoorbeeld Hekma 1987; Hutschemaekers 1990; Gomperts 1992; Van 't Hof 1994; Micale 1995; Slijkhuis 1998; Houston en Frith 2000; Oosterhuis 2000; Brancaccio 2001; Withuis 2002 en Van Belzen 2004.

[16] Schnabel 1991a, 501; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999.

[17] Zie Gijswijt-Hofstra 1991; De Blécourt en Van Vegchel 1993; De Blécourt en Usborne 2004.

[18] Vergelijk De Blécourt 1999, 14-15.

andersom plaatsvond. Op het niveau van de samenleving gaat onze aandacht uit naar de economische conjunctuur, de instrumenten van wet- en regelgeving en financiering die zijn ingezet om een en ander te realiseren, het overheidsbeleid en de verzorgingsstaat, de verhouding tussen staat en particulier initiatief, de invloed van godsdienst en verzuiling, en veranderende opvattingen over burgerschap.

Wij hebben de idee van de psychiatrische markt maar ten dele empirisch kunnen onderbouwen. Bij de huidige stand van het onderzoek ontbreekt het aan voldoende informatie over het perspectief van 'onderop': de beleving van de lijders en hun hulpzoekgedrag. Hetzelfde geldt voor de zorg en behandeling buiten de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: in familiekring, door huisartsen of door alternatieve genezers - de omvang van dit deel van de markt moet niet worden onderschat. Vandaar dat de reguliere, professionele aanbodzijde van de psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt noodgedwongen meer aandacht krijgt dan de vraagkant en dat het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg uitgangspunt en basso continuo van het boek vormen. Hierbij zij opgemerkt dat er in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg waarschijnlijk een sterker verband dan in de somatische geneeskunde bestaat tussen enerzijds de omvang en de aard van het professionele hulpverleningsaanbod en anderzijds de mate waarin aandoeningen worden herkend als door deskundigen te behandelen problemen.

Het gaat in dit verband om de volgende vragen. Welke en hoeveel zorg- en hulpverleningsinstellingen en organisaties kwamen tot stand? Wie namen het initiatief daarbij, waar waren deze gevestigd en met welke (financiële) middelen werden ze gerealiseerd? Welke hulpverleners waren daarin werkzaam? Hoe situeerden zij zich op de markt oftewel op welke moeilijkheden was hun behandelingsaanbod gericht? Hoeveel patiënten ofwel cliënten werden er bewaakt, verzorgd, behandeld en begeleid? Hoe werd dit alles gefinancierd en wettelijk geregeld? Wie fourneerde de middelen en welke motieven hadden de financiers? Wat was het publieke imago van de verschillende voorzieningen en de daarin werkzame hulpverleners? Welke beroepsgroepen waren naast medici werkzaam in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg? Hoe waren zij opgeleid en georganiseerd? Wat was de verhouding tussen medici en andere beroepsgroepen? Wat waren hun motieven, denkbeelden en hun wetenschappelijke bagage? Hoe en in welke termen onderscheidden zij ziekte van gezondheid en respectievelijk abnormaal van normaal als het om geestelijke verwarring ging en in welke zin veranderden de betekenissen ervan? Welke benaderingen (medisch-biologisch, psychologisch, sociaal, moreel of combinaties daarvan) volgden zij in theorie en praktijk en hoe verhielden deze zich tot elkaar? Waaruit bestonden hun werkzaamheden (bewaking, zorg, observatie, diagnostiek, behandeling of begeleiding)?

Waar mogelijk zal op basis van ouder en nieuw onderzoek ook de andere kant van de markt aandacht krijgen: de ervaringen, belevingen, uitingen en therapeutische trajecten van patiënten en cliënten. Wie maakten in de loop der tijd van de diverse soorten voorzieningen gebruik en waarom, gedurende hoe lang, en met welk resultaat? Op grond van welke criteria kwamen mensen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg terecht en welke rol speelden sekse, leeftijd, sociale achtergrond (stand, klasse), hun leefomgeving, godsdienst en etniciteit daarbij? Welke positie namen zij in ten aanzien van de hulpverleners? In hoeverre beschikten zij over machtsmiddelen, wat waren hun rechten en hoe organiseerden zij zich? Hoe ontwikkelde de hulpvraag zich (mede) onder

invloed van het veranderende psychiatrische en geestelijke gezondheidszorgdomein, zijn imago en de veranderende betekenissen van de te behandelen moeilijkheden? En in hoeverre was de ontwikkeling van het psychiatrisch domein (mede) een functie van de feitelijke of veronderstelde hulpvraag? Nogmaals, deze laatste vragen laten zich aan de hand van het beschikbare onderzoek slechts ten dele beantwoorden.

Wat de maatschappelijke context betreft zullen diverse relevante economische, sociale, culturele en politieke factoren en ontwikkelingen aandacht krijgen: de economische conjunctuur, industrialisering, het ontstaan van een diensteneconomie, schaalvergroting, verstedelijking, sociale nivellering en democratisering, verzuiling en ontzuiling, godsdienst en secularisering, individualisering, collectieve en individuele emancipatie, veranderende omgangsvormen in het sociale verkeer, de toenemende betekenis van wetenschap, techniek en deskundigheid, de rol van de overheid en particuliere initiatieven, de verzorgingsstaat en de veranderende inhoud van burgerschap, in de zin van burgerrechten, maar ook van participatie in de *civil society*. Maatschappelijke reacties op geestelijke verwarring konden een breed spectrum bestrijken; in de moderne Westerse samenleving waren deze gerelateerd aan de bekende trits vrijheid, gelijkheid en broederschap.[19] Tegenover vrijheid van denken en handelen stonden onvrijheid, vrijheidsberoving en dwang, tegenover gelijkheid qua rechten en plichten of billijkheid van behandeling stonden ongelijkheid en onbillijkheid, en tegenover broederschap oftewel respect, humaniteit en betrokkenheid die mensen jegens anderen opbrengen stonden onverschilligheid, miskenning, minachting en verwaarlozing.

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondergingen niet alleen de invloed van de rest van de maatschappij, in de loop van de twintigste eeuw beïnvloedden zij op hun beurt de samenleving ook steeds sterker. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben onmiskenbaar een stempel gedrukt op de twintigste-eeuwse samenleving en het mensbeeld: in toenemende mate werden afwijkende gedragingen en levensmoeilijkheden in termen van geestesstoornis of psychisch probleem benoemd. Psychiatrische en psychotherapeutische begrippen gingen bijvoorbeeld deel uitmaken van het alledaagse taalgebruik, de individuele beleving en de wijze waarop mensen met elkaar verkeerden. Gedragingen en gevoelens werden deels begrepen in het licht van interpretatiekaders die afkomstig zijn uit de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Een bekend voorbeeld is de psychoanalyse. Begrippen als het onbewuste en verdringing drongen door in het dagelijkse taalgebruik. Naast en in plaats van de bestaande, sterk door het christendom bepaalde reflectie op het eigen handelen in termen van goed en kwaad won mede door de invloed van het psychoanalytische gedachtegoed de reflectie op het innerlijk in termen van persoonlijke eigenheid, ontwikkeling en gevoelens, driften en verlangens terrein. In meer algemene zin stond de psychotherapie model voor de wijze waarop mensen al dan niet in het openbaar over hun persoonlijke leven en gevoelens spreken en waarop zij op basis van gelijkheid en redelijkheid, zonder het (openlijk) gebruik van machtsmiddelen, met elkaar overleg voerden, zowel in de privé-sfeer als in het publieke domein. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben tot op zekere hoogte bijgedragen tot een nieuwe publieke moraal, nadat die van het gegeven gezag en de godsdienst deels waren weggevallen.[20]

---

[19] Zie hierover Gijswijt-Hofstra 1989, 26.
[20] Schnabel en Onland 1979, 67; Schnabel 1996, 158.

De Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg werden niet alleen beïnvloed vanuit de eigen maatschappij, maar ook door ontwikkelingen op dit terrein in het buitenland. Tot aan de Tweede Wereldoorlog diende vooral de psychiatrie in de Duitstalige landen als voorbeeld, met name op het gebied van de universitaire psychiatrie, de architectuur van psychiatrische inrichtingen, therapie en de sociale psychiatrie. Daarna namen Amerika, Engeland en tot op zekere hoogte ook Frankrijk en Italië deze rol over, in het bijzonder waar het de psychohygiëne, de ambulante hulpverlening, de therapeutische gemeenschap, de 'antipsychiatrie', de sociotherapie en de deïnstitutionalisering betrof. Waar mogelijk zullen de internationale invloeden die van belang waren voor de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg aandacht krijgen. Ten einde het al dan niet specifieke karakter van de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanuit internationaal perspectief in kaart te brengen, trekken wij vergelijkingen met andere Westerse landen, met name Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten. Wat waren de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en die in andere landen? Vertonen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg unieke kenmerken?

Afbakening

Wat wel en niet tot de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg behoort, is op voorhand niet te bepalen. Het domein en de inhoud ervan vormden in de afgelopen eeuw geen constant gegeven, maar ze waren aan voortdurende verandering onderhevig. De verschillende vormen van geestelijke verwarring en aanverwante moeilijkheden, die voor een deel in de tijd van gedaante veranderen of zelfs min of meer tijdelijk zijn, lieten zich niet altijd even vanzelfsprekend en eenduidig in het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg onderbrengen. Wat waren de objecten van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg? Onder de noemers van niet alleen psychiatrie[21] en neurologie, maar ook van psychische hygiëne, geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg zijn in de loop van de twintigste eeuw uiteenlopende en wisselende vormen van zorg en behandeling gerangschikt: die voor krankzinnigen of geesteszieken, zenuwlijders, neurotici en psychosomatische patiënten, zwakzinnigen, maatschappelijk onvolwaardigen, psychopaten, toevallijders of epileptici, zintuiglijk defecten (blinden, slechthorenden en doofstommen), alcohol- en drugsverslaafden alsmede hulpverlening en preventief ingrijpen bij opvoedingsproblemen en leermoeilijkheden van kinderen, levens-, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, seksuele problemen, zwangerschap(sonderbreking) en ongehuwd moederschap, problemen van jongeren en militairen, relatieproblematiek, het disfunctioneren van groepen, psychische moeilijkheden, identiteitsproblemen, zingevingsproblematiek, zelfontplooiing, beroepskeuze, thuisloosheid en levensbeëindiging. Met de uitbreiding van het objectgebied gingen ook de werkzaamheden van psychiaters en andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg een steeds grotere variatie en differentiatie vertonen: ging het in de negentiende eeuw nog voornamelijk om bewaking, bewaring, beheer en verzorging, in de twintigste eeuw wonnen diagnostiek, therapie, begeleiding, preventie en voorlichting aan

[21] Onder psychiatrie verstaan we het (praktische en wetenschappelijke) vakgebied of beroepsveld van psychiaters, gestichts-, krankzinnigen- en zenuwartsen of hoe ze verder ook mochten heten; het gaat in elk geval om medische beoefenaren van het vak.

belang.[22] Het antwoord op de vraag welke moeilijkheden en activiteiten tot het werkgebied van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg behoorden, was herhaaldelijk inzet van claims en strijd om professioneel gezag, (be)handelingsbevoegdheid en, niet te vergeten, geld.

Het bredere gebied dat vanaf het midden van de jaren twintig geestelijke volksgezondheid en vanaf begin jaren veertig in toenemende mate geestelijke gezondheidszorg heette, is een domein waarin behalve psychiaters ook andere beroepsgroepen werkten en dat derhalve niet exclusief medisch-psychiatrisch was. De grenzen ervan zijn moeilijk te bepalen en ze verschoven voortdurend. Desondanks biedt de geschiedenis van dit werkveld wel enig houvast: we laten ons leiden door de wijze waarop de begrippen geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg in het verleden invulling hebben gekregen in de opeenvolgende, vanaf 1936 tot heden verschijnende *Gidsen voor de geestelijke volksgezondheid* dan wel *geestelijke gezondheidszorg*. Deze vormden, tenminste in de afgelopen zeventig jaar, een min of meer continue bron met een gelijkblijvend doel: met deze gidsen, in eerste instantie bedoeld voor verwijzers, toonden psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg aan de maatschappij wat zij te bieden hadden.

Om nog enige verdere inperking mogelijk te maken hebben wij op min of meer pragmatische gronden gekozen voor de volgende afbakening van ons onderwerp. Wij brengen het veranderende domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in kaart aan de hand van alle praktijken, instellingen en organisaties waarin psychiaters (ofwel gestichts- en zenuwartsen) al dan niet samen met andere beroepsgroepen werkzaam waren. We volgen deze gespecialiseerde geneeskundigen en kijken waar en met wie ze werkten, wat deze medici en (een aantal) andere beroepsgroepen dachten en deden en wie zij behandelden, begeleidden dan wel verzorgden. Concreet betekent dit dat wij de volgende werkgebieden, instellingen en organisaties tot het domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg rekenen: krankzinnigengestichten, psychiatrische inrichtingen dan wel ziekenhuizen en psychiatrische (poli)klinieken van psychiatrische, universiteits- en algemene ziekenhuizen, met inbegrip van de consultatieve en liaisonpsychiatrie; sanatoria, kuuroorden, verpleeg- en rusthuizen voor zenuw- en neuroselijders; intra- en extramurale voorzieningen voor alcohol- en drugsverslaafden; de gerechtelijke of forensische psychiatrie en de daarbij horende instellingen; psychiatrische voor- en nazorgdiensten en andere sociaalpsychiatrische voorzieningen; particuliere praktijken van zenuwartsen en psychiaters; en de zogenoemde ambulante geestelijke gezondheidszorg: de consultatiebureaus voor 'moeilijke kinderen', waaronder de Medisch-Opvoedkundige Bureaus, diverse bureaus voor levens-, gezins- en huwelijksmoeilijkheden, de institutionele psychotherapie en vanaf begin jaren tachtig de RIAGG'en.

De 'belendende percelen' van het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, zoals andere takken van geneeskunde (in het bijzonder de neurologie), de kerkelijke zielzorg, de armenzorg en filantropie, het maatschappelijk werk, de werkterreinen van psychologen, justitie, het buitengewone onderwijs en de alternatieve psychosomatische hulpverlening (zoals New Age-therapeuten en allochtone behandelaars), komen in het boek min of meer uitgebreid aan de orde. Het psychiatrische

[22] Schnabel 1995, 13-31.

en geestelijke gezondheidsdomein kreeg immers vorm in voortdurend verschuivende en soms betwiste grensafbakeningen ten opzichte van deze werkgebieden. Wij volgen het verloop daarvan, maar de hoeveelheid aandacht die wij aan deze grensgebieden schenken, hangt af van de mate waarin ze overlapten met psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Datzelfde geldt voor de intra- en extramurale zwakzinnigenzorg en de psychogeriatrische zorg, die aanvankelijk voor een groot deel onderdeel waren van de krankzinnigenzorg, maar zich vanaf omstreeks 1960 verzelfstandigden.

Historiografie

Onze studie is gebaseerd op de bestaande historische literatuur over de geschiedenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en op onderzoek dat vanaf 1999 tot 2006 is verricht in het kader van het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*.[23] Tot halverwege de jaren zeventig bestonden historische studies van de psychiatrie hoofdzakelijk uit curiosa, jubileum- en gedenkboeken, biografische bijdragen en enkele bronnenpublicaties van de hand van inspecteurs van de krankzinnigenzorg. Psychiaters die in het verleden van hun vakgebied geïnteresseerd waren, schreven over de wordingsgeschiedenis ervan en de instellingen waarin hun voorgangers werkten. Deze geschiedschrijving is als 'internalistisch' en 'presentistisch' of 'finalistisch' te karakteriseren. De nadruk lag op de eigen, interne dynamiek van de psychiatrie als betrekkelijk autonome vorm van wetenschappelijke kennisverwerving. De eigentijdse stand van zaken in het vak diende - meestal impliciet - als leidraad voor de beschrijving van het verleden. De onderliggende vooronderstelling was dat onwetendheid, bijgeloof, mishandeling en verwaarlozing in de loop der tijd plaats maakten voor toenemend wetenschappelijk inzicht en een rationele en humanitaire behandeling van geesteszieken.

Dit soort geschiedschrijving door direct-betrokkenen maakte vanaf de tweede helft van de jaren zeventig plaats voor nieuw onderzoek van vooral sociale wetenschappers en historici die de psychiatrie met meer distantie benaderden en die aansluiting zochten bij de sociale en mentaliteitsgeschiedenis. Daarbij deden buitenlandse voorbeelden en de kritiek vanuit de anti-psychiatrische beweging op de praktijk van de inrichtingspsychiatrie ook hun invloed gelden. In Frankrijk, Groot-Brittannië, Duitsland en de Verenigde Staten stelden zogenaamde revisionistische auteurs als M. Foucault, T.S. Szasz, R. Castel, A. Scull, D.J. Rothman en K. Dörner de vanzelfsprekende uitgangspunten van de psychiatrie en haar geëigende geschiedbeeld ter discussie.[24] Hun aandacht richtte zich in het bijzonder op de etikettering van sociaal afwijkend gedrag als geestesziekte, de belangen en macht van de psychiatrische beroepsgroep, de bijdrage van de psychiatrie aan de disciplinering en normalisering van maatschappelijk ongewenste individuen en groepen, en de verwevenheid van psychiatrische praktijken met sociale, economische en politieke ontwikkelingen.

Hoewel Nederlandse onderzoekers indertijd ook meer oog kregen voor de maatschappelijke context, vond de radicale kritiek van de revisionisten op de psychiatrie, in het bijzonder met betrekking tot de rol die zij zou spelen in de kapitalistisch-

---

[23] Voor historiografische overzichten zie Van Belzen en Vijselaar 1991; Van Belzen en Vijselaar 1994; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001a; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001b; vergelijk Huisman 2005.

[24] Foucault 1961/1979; Szasz 1971; Szasz 1972; Castel 1976; Scull 1979; Rothman 1971; Dörner 1969.

burgerlijke maatschappij en de moderne interventiestaat, hier maar in beperkte mate weerklank. De Nederlandse geschiedschrijving van de psychiatrie bleef overwegend empirisch en descriptief georiënteerd. Bovendien ging het voornamelijk om gedetailleerde deelonderzoeken; theoretisch onderbouwde overzichtswerken en vergelijkende studies ontbraken nagenoeg.[25] Dat laatste hing mede samen met het gebrek aan continuïteit en institutionele inbedding van het onderzoek. Het onderzoek aan de universiteiten was verbrokkeld en afhankelijk van de interesse van individuele wetenschappers.

Alleen in het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, vanaf 1996 Trimbos-instituut, in Utrecht werd vanaf het eind van de jaren zeventig min of meer structureel en vaak in opdracht vanuit het veld historisch onderzoek uitgevoerd, dat resulteerde in een gestage stroom van publicaties en enkele tentoonstellingen.[26] Wat begon met een inventarisatie van het historisch bezit van psychiatrische inrichtingen, leidde in 2005 uiteindelijk tot de realisering van het Nationaal Museum voor Psychiatrie Het Dolhuys in Haarlem.[27] De belangstelling die in het Utrechtse sociaal-wetenschappelijke onderzoeksinstituut ontstond voor het verleden en die werd belichaamd door met name P. Schnabel, A.J. Heerma van Voss, T.E.D. van der Grinten, J. Vijselaar, L. de Goei en I. Mans, was mede ingegeven door de toenmalige veranderingen in en discussies over de organisatie van de tot dan toe verbrokkelde en niet duidelijk afgebakende geestelijke gezondheidszorg. Het streven naar meer samenhang en beleid op dit terrein bracht met zich mee dat de vraag aan de orde kwam wat geestelijke gezondheidszorg eigenlijk inhield en zou moeten inhouden. Onderzoek naar het verleden van diverse hulpverleningsvormen en hulpverleningsinstellingen diende mede om duidelijkheid te verschaffen over de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg, haar positie op de medische en welzijnsmarkt, en de koers die zij zou moeten volgen.

Dankzij het onderzoek in zowel het Trimbos-instituut als daarbuiten zijn over tal van aspecten van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg historische studies voorhanden. Over de ontwikkeling van het psychiatrisch en neurologisch vak en beroep verschenen een monografie, een bundel en een gedenkboek met interviews en enkele artikelen.[28] Wat betreft de deelgebieden van dit medisch specialisme hebben vooral de universitaire[29] en forensische psychiatrie[30] en in mindere mate de militaire psychiatrie[31] aandacht gekregen. Ook verschenen diverse studies over de geschiedenis van andere in de geestelijke gezondheidszorg werkzame beroepsgroepen.[32]

---

[25] Een uitzondering vormt Binneveld 1985 over de negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg.

[26] Daarnaast moeten ook twee themanummers over de geschiedenis van de psychiatrie van het Gronings Historisch Tijdschrift *Groniek* (nr. 71 (1981) en nr. 109 (1991)) worden genoemd.

[27] Vijselaar 1981.

[28] Abma en Weijers 2005; Frederiks, Bruyn en Eling 2002; Van 't Hof 1996; Oosterhuis en Wolters 1998. Verder zijn de ongepubliceerde studies van Van Drunen (2004) en Slijkhuis (2005) van belang.

[29] Kuilman 1980; Van Belzen 1988b; Van Belzen 1988c; Van Belzen 1991a; Van Belzen 1994; De Goei 1992 (over de universitaire kinder- en jeugdpsychiatrie); Rooijmans 1998; De Waardt 2005. Zie ook Mooij 1999 en Van Bergen 2005.

[30] Haffmans 1984; Hamers 1986; Hofstee 1987; Koenraadt 1991; Draaisma 1995; Weijers 1995; Weijers 1996; Koenraadt, Kelk en Vijselaar 2007.

[31] Binneveld 1995; Binneveld 1998.

[32] Zie voor de synthese van die studies: Hutschemaekers en Neijmeijer 1998.

De geschiedschrijving van psychiatrische inrichtingen - van meer dan twintig is het verleden geboekstaafd - bestaat voornamelijk uit gedenk- en jubileumboeken.[33] Deze zijn overwegend beschrijvend van aard, waarbij gaandeweg wat meer aandacht is gekomen voor de maatschappelijke context. De kracht van deze inrichtingsgeschiedenissen is vooral gelegen in de grote hoeveelheid informatie over de institutionele en therapeutische ontwikkelingen, en de wetenschappelijke en ideologische opvattingen die hieraan ten grondslag lagen. Aan de precieze verhouding tussen theorie en praktijk in de diverse inrichtingen is evenwel, op een enkele uitzondering na[34], weinig aandacht besteed. Het zijn overwegend geschiedenissen vanuit het perspectief van de aanbieders van zorg, en dan met name de psychiaters, want over de verpleging en de ervaringen van patiënten is weinig gepubliceerd.[35] Wel heeft de invloed van godsdienst en verzuiling op het opname- en personeelsbeleid, de behandelpraktijk en het dagelijks leven in de inrichting aandacht gekregen.[36] Over het (naoorlogse) verleden van kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen en de toenemende inbreng van psychiatrie in een tehuis voor kinderbescherming verschenen een drietal studies.[37]

Terwijl historisch onderzoek naar de specifieke zorg voor zenuwlijders vrij schaars is[38] en ook over de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen nauwelijks historisch onderzoek beschikbaar is,[39] zijn aan de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg, die tot ver in de twintigste eeuw deels was ingebed in de krankzinnigenzorg, maar liefst vijf monografieën, drie proefschriften, een bundeltje lezingen en een themanummer van het tijdschrift *Comenius* gewijd.[40] De geschiedenis van het psychiatrisch verpleegkundig beroep is onderbedeeld. Tot dusverre is er één proefschrift, dat de periode 1890-1920 bestrijkt, een gedenkboekje, en zijn er voorts enkele ongepubliceerde doctoraalscripties, publicaties van verpleegkundigen die

---

[33] Van Heemstra 1951; Hut et al. 1961; Bambang Oetomo 1970; Cahn 1970; Jongmans 1971; Klatter 1973; Rooijmans-Dönszelmann 1982; Binneveld en Wolf 1985; Hogenstijn 1987; Van Ommen 1988; Kappelhof 1992; Vijselaar 1993a; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Slangen 1994; Furnée en Jonkman 1994; Kamminga 1995; Dankers en Van der Linden 1996; Gorisse 1997; Vijselaar 1997a; Willemsen 1997; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997; Blok en Vijselaar 1998; Bakker, Blok en Vijselaar 1999; Blok en Vijselaar s.a. [1999]; Bakker en De Goei 2002; Huiskes en Van der Kroef 2002; Kool-Blokland s.a. [1999]; De Boer 2004; Billekens et al. 2005. Zie ook Vijselaar et al. 2007.

[34] Vijselaar 1997a.

[35] Wel krijgt de verpleging door religieuzen veel aandacht in Willemsen 1997 en in Bakker en de Goei 2002. Willemsen schenkt ook aandacht aan het patiëntenperspectief, evenals Blok en Vijselaar (1998) en Bakker, Blok en Vijselaar (1999).

[36] Lindeboom en Van Lieburg 1984; Van Belzen 1989; Furnée en Jonkman 1994; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Kamminga 1995; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997; Bakker en De Goei 2002a.

[37] De Goei, Van 't Hof en Hutschemaekers 1995; Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997; Dimmendaal 1998.

[38] Hutschemaekers en Hrachovec 1993; zie voor Nederlands onderzoek in internationaal vergelijkend perspectief: Gijswijt-Hofstra en Porter 2001.

[39] Van Alphen 1982; Van Alphen 1988; Van der Beek 1983a; Van der Beek 1983b; Vos 2007b.

[40] Jak 1993; Dankers en Van der Linden 1994; Klijn 1995; Hakker 1997; Jak 1999; Jak 1988; Mans 1998; Tonkens 1999; Vijselaar 1993b; Leonards, Weijers en Van Wel 1998; Weijers, Tonkens en Mans 1998; Klijn 1998; Graas 1998. Zie ook Weijers, Tonkens en Mans 1998.

herinneringen aan de verpleging hebben opgetekend, en enkele artikelen.[41] Verder bestaan er studies over de historische verzamelingen en de architectuur van psychiatrische ziekenhuizen,[42] de juridische aspecten van de psychiatrie, de rechtspositie van patiënten en het staatstoezicht,[43] de belangenbehartiging voor en zelforganisatie van psychiatrische patiënten,[44] de financiering,[45] specifieke therapieën in de inrichtingspsychiatrie, waaronder de psychofarmaca,[46] en de invloed van de antipsychiatrie in de intramurale psychiatrie.[47]

Nederland onderscheidt zich internationaal door een uitgebreid netwerk van voorzieningen op het gebied van de sociale psychiatrie, geestelijke volksgezondheid en ambulante geestelijke gezondheidszorg en deze zijn dan ook onderwerp van een ruim aantal dissertaties, monografieën, gedenk- en jubileumboeken en tal van artikelen.[48] Deze richten zich meer op het ideeëngoed en de institutionele en organisatorische aspecten dan op de hulpverleningspraktijk en de beleving van patiënten en cliënten.[49] De verzuilde katholieke psychohygiëne en ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben in het bijzonder de aandacht getrokken, onder andere in verband met de veranderende opvattingen en praktijken rond moreel beladen onderwerpen als voortplanting, moederschap, huwelijk, opvoeding en homoseksualiteit.[50] Ook de geschiedenis van de psychoanalyse - de receptie van Freuds ideeëngoed in Nederland en de vestigingsstrijd van de beweging - en van de psychotherapie - zowel ideeën, professionalisering, organisatie als praktijk - zijn min of meer uitgebreid onderzocht.[51]

Mede vanwege de verzuiling, de combinatie van publieke financiering en particuliere uitvoering en het gebrek aan centrale coördinatie was de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland tot begin jaren tachtig, toen de RIAGG ontstond, zeer versnipperd en onoverzichtelijk. Het aantal verenigingen en

---

[41] Boschma 2003; Kokee en Aan de Stegge 1991; Weisglas 1981; De Laat 1984; Groen 1992; Struik 1994; Zondag 1995; De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997; Aan de Stegge 2001a; Aan de Stegge 2001b; Aan de Stegge 2001c; Aan de Stegge 2004; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge 2005b.

[42] Kerkhoven 1996; Mens 2003; Klijn 2005; Klijn 2007a.

[43] De Graaf en Beumer 1991; zie ook Van der Esch 1975-1980; Vijselaar 1985a; Kappelhof 1990; Legemaate 1991; Van de Klippe 1997; Lucieer 2005.

[44] Heerma van Voss 1978; Van der Kroef 1990; Dercksen en Van 't Hof 1996.

[45] Vergelijk De Wit 1991; Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en Van der Velden 2005; Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.

[46] De Lange 1998; Snelders 2000; Pieters, Snelders en Houwaart 2006.

[47] Blok 2004. Vergelijk Tonkens 1999.

[48] Zie onder andere Van der Grinten 1987a; Mijs 1987; Van der Stel 1995; De Goei 2001; Brants 2004; Heerma van Vos 1980 en 1991; Vijselaar 1987; De Schepper 1991; Van Limbeek en Van Alem 1991; Spits 1992; Derksen en Van 't Hof 1994; Graas 1996; Willemsen 2001; Akkermans 2006; De Goei en Van der Hoorn 2006.

[49] Uitzonderingen zijn: De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a; Van der Wurff 1987; Van der Wurff 1993; Oosterhuis 1992; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994; Akkermans 2006.

[50] Sommer 1983; Sommer 1984; Sommer 1985; Van Berkel 1990; Oosterhuis 1992; Westhoff 1996.

[51] Bulhof 1983; Ter Meulen 1988a; Brinkgreve 1984; Van de Sande 1996; Stroeken 1997; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a; De Waal 1992; Vijselaar 1992a; Reijzer 1993; De Groot 1995; Greven 2006.

instellingen dat zich op diverse deelgebieden van de extramurale geestelijke gezondheidszorg richtte, is groot en het beeld wordt nog eens gecompliceerd door de talloze naamwisselingen, reorganisaties en fusies. De versplintering en voortdurende reorganisatie hebben met zich meegebracht dat veel historisch bronnenmateriaal van de ambulante sector moeilijk te traceren is of verloren is gegaan en dat over patiënten en cliënten nog minder bekend is dan in de intramurale psychiatrie.[52]

Psychologisering is een begrip dat - in verschillende betekenissen - vaak opduikt in de geschiedschrijving van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Het is zinvol een onderscheid te maken tussen enerzijds de direct met therapeutische hulpverlening verbonden en daardoor teweeggebrachte betekenisgeving aan moeilijkheden en anderzijds een meer algemene, zich in de maatschappij voltrekkende mentaliteitsverandering. Psychologisering kan verwijzen naar de maatschappelijke verbreiding van psychiatrische, psychologische en pedagogische vormen van zorg en hulpverlening die deels functies van de kerk en de rechterlijke macht overnamen, waardoor moeilijkheden niet alleen meer werden beoordeeld op basis van vaste morele en juridische normen, maar ook werden begrepen in termen van persoonlijke motieven en gevoelens.[53] Het begrip psychologisering dient ook ter aanduiding van een maatschappelijk proces dat deels onafhankelijk van de uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg en de psychologische hulp- en dienstverlening is te traceren. Het gaat dan om een mentaliteitsverandering die te omschrijven is als een combinatie van toenemende individualisering en verinnerlijking. In de Nederlandse samenleving was vanaf de jaren zestig sprake van een zich over steeds bredere bevolkingslagen uitspreidende tendens om innerlijke roerselen en persoonlijke gevoelens te articuleren.[54] Deze ontwikkeling is overigens ook in andere Westerse landen, met name in Frankrijk en de Verenigde Staten, gesignaleerd.

Een vraag die in de (buitenlandse en Nederlandse) historische en sociologische literatuur regelmatig opduikt betreft het verband tussen de uitdijing van de geestelijke gezondheidszorg en de psychologisering in de rest van de maatschappij. [55] Was de therapeutische hulpverlening de drijvende kracht achter de psychologisering of speelden de deskundigen in op een veranderde mentaliteit van mensen? Het antwoord op deze vraag hangt in hoge mate samen met de waardering van de psychologisering. Buitenlandse en ook enkele Nederlandse auteurs, die sterk waren geïnspireerd door het werk van Foucault en die in de jaren tachtig de toon aangaven, wijzen op de uitbreiding van de invloed van de psychiatrie, de psychoanalyse en de psychologie buiten de inrichtings- en ziekenhuismuren - door de Engelse psychologen J. Hodges en A. Hussain gekarakteriseerd als het 'psycomplex' in navolging van de door de Franse socioloog J.

---

[52] Zie het inventariserend onderzoek naar het historisch bezit van ambulante instellingen door Popkema 1993.
[53] Van Wel 1981; Abma 1981/82; Abma 1983; Van Lieshout, Maas en Mol 1983; Pols 1988a; Mol en Van Lieshout 1989; vergelijk Castel en Le Cerf 1981-82; Castel, Castel en Lovell 1982; Ingleby 1983; Ingleby 1985; Rose 1990.
[54] Abma et al. 1995.
[55] Voor een overzicht van de verschillende sociologische benaderingen van hulpverlening zie: Keulartz 1987.

Donzelot gemunte term 'voogdijcomplex'.[56] Deze termen verwezen naar het fijnmazig, steeds sterker aan de staat gelieerd netwerk van therapeutische en opvoedkundige instellingen dat zich vanaf het eind van de negentiende eeuw in de Westerse maatschappij verspreidde. De explosieve groei van hulpverleningsinstellingen in de twintigste-eeuwse verzorgingsstaat is volgens hen niet te verklaren uit een toenemende behoefte aan zorg. In hun optiek is deze min of meer aan de mensen opgedrongen en hebben therapeuten uiteenlopende moeilijkheden op basis van standaarden van normaliteit als individuele, psychische problemen gedefinieerd. Het sociale, morele of politieke karakter van moeilijkheden zou door hun individualiserende interpretatiewijze verdoezeld worden: de 'psydeskundigen' maakten mensen tot uitwisselbare psychologische subjecten, die waren afgesneden van hun historische en maatschappelijke wortels en die daardoor beter beantwoordden aan de doelmatigheidseisen van de moderne technologie en de kapitalistische economie. In de therapeutische interventies, hoewel ogenschijnlijk gericht op verbetering en zelfontplooiing, zou openlijke dwang plaats hebben gemaakt voor een meer subtiele en 'zachte' vorm van professionele machtsontplooiing en disciplinering.[57]

Evenmin als de zogenaamde revisionistische geschiedschrijving van de negentiende-eeuwse inrichtingspsychiatrie heeft deze kritische interpretatie in Nederland veel navolging gevonden in het empirische onderzoek. Wellicht hangt dit samen met het feit dat veel Nederlandse geschiedschrijvers op dit terrein meer of minder nauw bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken waren en dat zij vaak onderzoek verrichtten in opdracht van instellingen uit het veld. Een andere reden zou kunnen zijn dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland meer open stond voor kritiek van buitenaf en zich voortdurend aan veranderende maatschappelijke omstandigheden aanpaste, waardoor hulpverleners op meer krediet in de samenleving konden rekenen dan in andere landen. Er is reeds gewezen op de belangrijke bijdrage van katholieke deskundigen aan de liberalisering van de (seksuele) moraal. Meer in het algemeen sloot de ambulante zorg in de naoorlogse jaren aan bij de sociale modernisering door het bevorderen van zelfstandige, mobiele, flexibele en naar ontplooiing strevende individuen en in de jaren zestig en zeventig omarmde ze de democratiseringsgolf en het emancipatiestreven van groepen als jongeren, vrouwen, homoseksuelen en oorlogsslachtoffers.[58]

De terughoudendheid die de meeste Nederlandse auteurs in acht nemen als het gaat om kritiek op de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hangt wellicht ook samen met het feit dat niet zozeer de disciplineringstheorie van Foucault als wel de civilisatietheorie van N. Elias het interpretatiekader van veel historisch-sociologisch onderzoek vormde. Terwijl Foucault en zijn navolgers stellen dat psychische moeilijkheden worden geconstrueerd door deskundigen die macht over leken uitoefenen, zijn dergelijke problemen volgens Eliaanse beschouwingen toegenomen als gevolg van veranderde sociale verhoudingen en omgangsvormen en de daardoor gewijzigde emotiehuishouding van de moderne Westerse mens. Sociale conventies maakten plaats voor persoonlijke afwegingen.

---

[56] Donzelot 1977; Hodges en Hussain 1979, 112. In Nederland vond de term psycomplex verbreiding door het werk van R. Abma en F. van Wel. Zie Abma 1981/1982. Zie voorts Jansz en Van Drunen 1996 en Jansz en Van Drunen 2004.

[57] Zie naast Donzelot 1977 met name Castel en Le Cerf 1981-82; Castel, Castel en Lovell 1982; Lasch 1977 en Lasch 1979. Voor een vergelijkbare analyse van de Nederlandse welzijnszorg zie Achterhuis 1979.

[58] Brinkgreve en Westerbeek 1991; Oosterhuis 1992; De Haan 1997a; Withuis 2002.

Door de afname van machtsverschillen werden afhankelijkheidsrelaties minder statisch en eenzijdig, verminderde de sociale distantie tussen rangen, standen, generaties en seksen en konden mensen een grotere variëteit aan gevoelens tot uiting brengen. Dit bracht met zich mee dat omgangsvormen minder vastlagen en mensen meer dan voorheen met elkanders motieven en gevoelens rekening moesten houden. De bevelshuishouding ruimde het veld voor de onderhandelingshuishouding, in de woorden van de socioloog A. de Swaan.[59] Naarmate de omgang tussen mensen informeler werd, gebruikten zij meer en meer psychologische duidingen om elkaars uitingen te begrijpen en het eigen gedrag op dat van anderen af te stemmen. Maar juist hierdoor nam ook de innerlijke belasting toe en werd de kans groter dat op individueel niveau angsten en onzekerheden ontstonden.[60] Volgens deze optiek hadden mensen innerlijke moeilijkheden onafhankelijk van professionele hulpverleners die zich aandienden om specifieke problemen te behandelen. Wat deze hulpverleners wel deden is een begrippenkader bieden, waarin diffuus en niet duidelijk gearticuleerd leed was te verwoorden als een professioneel te behandelen probleem. Ook droeg de uitbreiding van de professionele hulpverlening bij aan een vergroting van de vraag naar deskundige hulp: mensen gingen in toenemende mate hun eigen gevoelens en ervaringen duiden in termen van de betekenissen die deskundigen aan moeilijkheden gaven. De Swaans omschrijving van deze ontwikkeling als 'protoprofessionalisering' veronderstelt een wisselwerking tussen de groeiende invloed van therapeutische beroepsgroepen en veranderingen in omgangsvormen, attitudes en mentaliteit, waardoor mensen ontvankelijk werden voor deskundige hulp. Maatschappelijke verhoudingen bepaalden mede welke moeilijkheden werden gesignaleerd en besproken, welke klachten als behandelbare problemen golden, en wie ze ter behandeling kreeg voorgelegd of naar zich toetrok.[61]

Het eerder aangehaalde begrip probleemcultuur van de psycholoog I. van Lieshout sluit bij dit perspectief aan. Tegenover disciplinerings- en professionaliseringsperspectieven volgens welke deskundigen het initiatief nemen en een dominante rol vervullen, benadrukt Van Lieshout dat in de relatie tussen deskundigen en leken geen sprake is van eenzijdige beïnvloeding. Zij zouden niet altijd tegenover elkaar staan, maar 'een verbinding met elkaar aan[gaan] via hun betrekkingen tot het gedefinieerde probleem.' In het begrip probleemcultuur komt tot uitdrukking, in haar woorden, 'hoe interpretaties van deskundigen, belevingen van consumenten én hun onderlinge betrekking' de bouwstenen vormen van probleembelevingen, probleemdefinities en probleempercepties.[62]

De gedachte dat de verbreiding van psychiatrische of psychologische hulpverlening en adviezen niet alleen een kwestie van een zich uitdijend aanbod was, maar ook te verklaren valt als onderdeel van een meer algemene mentaliteitsverandering, is de leidraad voor enkele historisch-sociologische studies over de historische

---

[59] De Swaan 1979.
[60] De Swaan 1983; vergelijk Wouters 1990.
[61] Van Dantzig en De Swaan 1978; De Swaan, Van Gelderen, Kense 1979, 20; vergelijk De Swaan 1989, 231-232.
[62] Van Lieshout 1994, 375; vergelijk Oosterhuis 2000 over de wederzijdse beïnvloeding van de eindnegentiende-eeuwse Duits-Oostenrijkse psychiater R. von Krafft-Ebing en diens patiënten.

bepaaldheid van psychiatrische ziektebeelden.[63] Deze zetten vraagtekens bij de idee dat de frequentie van psychische stoornissen is toegenomen in de moderne maatschappij. Aangezien definities van geestelijke moeilijkheden afhankelijk waren van veranderende culturele betekenissen en de inhoud ervan niet gelijk bleef, valt de vraag naar het daadwerkelijk voorkomen van stoornissen en de omvang daarvan in heden en verleden niet eenduidig te beantwoorden. Daarnaast ondergraven deze studies de gedachte dat psychische problemen door therapeutische beroepsgroepen zijn geconstrueerd en dat er sprake was van een eenduidige machtsrelatie tussen professionele hulpverleners en leken. Het gaat eerder om veranderende interpretaties van ongebruikelijke gedragingen en gevoelens, zowel door het lekenpubliek als door de deskundigen. De grotere herkenbaarheid van bepaalde stoornissen en het groeiende aanbod van professionele zorg is volgens deze redenering niet los te zien van bredere maatschappelijke veranderingen.

Als we de balans opmaken van de historische en deels historisch-sociologische literatuur, dan kunnen we constateren dat met name in de afgelopen twintig jaar een indrukwekkend aantal publicaties is verschenen over de geschiedenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een nieuwe cesuur, zoals de wending richting sociale en mentaliteitsgeschiedenis vanaf halverwege de jaren zeventig, heeft zich echter niet voorgedaan. De constatering dat het onderzoek overwegend een empirisch en descriptief karakter had, geldt met name nog steeds voor de geschiedschrijving van de inrichtingspsychiatrie - uitzonderingen daargelaten. Voor de geschiedschrijving van de bredere, extramurale geestelijke gezondheidszorg ligt dit anders; hier is al langer sprake van meer theoretische reflectie en aandacht voor de bredere maatschappelijke context. Dit verschil hangt ongetwijfeld deels samen met de uiteenlopende institutionele contexten van het onderzoek vanaf de jaren zeventig. Het onderzoek naar de ambulante hulpverlening is vanaf het eind van dat decennium vooral ontwikkeld door sociale wetenschappers aan universiteiten, deels geïnspireerd door het werk van Foucault, maar nog sterker dankzij de door Elias geïnspireerde 'Amsterdamse School' in de historische sociologie. Verder heeft het onderzoek naar de geestelijke gezondheidszorg in bredere zin ook geprofiteerd van de academische belangstelling van sociologen en historici voor met name de katholieke verzuiling en emancipatie. De geschiedschrijving van de inrichtingspsychiatrie daarentegen is grotendeels buiten de universiteit tot stand gekomen in de vorm van opdrachtonderzoek vanuit het veld zelf.

Ondanks het grote aantal studies vertoont het onderzoek naar de geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland nog lacunes - op enkele is reeds gewezen. Te denken valt aan het hulpzoekgedrag, de therapeutische 'carrière' en de ervaringen van patiënten en cliënten in zowel de intramurale psychiatrie als de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de invloed van gender,[64] alternatieve behandelpraktijken en instellingen, geestelijke gezondheidszorg voor en door diverse groepen allochtonen,[65] de verschuivende grenzen tussen gezond ofwel normaal en ziek ofwel abnormaal en de manier waarop hieraan uitdrukking wordt gegeven,[66] de behandelpraktijken van psychiaters, hun werkzaamheden in de algemene gezondheidszorg en particuliere

---

[63] Zie bijvoorbeeld Gomperts 1992 over de sociale fobie; Hutschemaekers 1990 over neurosen; Van Lieburg 1992 over depressie; Van 't Hof 1994 over anorexia nervosa .
[64] De Goei 1989; Jansen en Brinkgreve 1991; Van Lieburg 1992.
[65] Hoffer 2000; Knipscheer 2000.
[66] Zie bijvoorbeeld Mol en Van Lieshout 1989.

praktijken, de introductie en invloed van psychofarmaca,[67] biografieën van psychiaters, internationale vergelijking van Nederland met andere landen,[68] psychiatrie in de Nederlandse koloniën,[69] het imago en de (kunstzinnige) verbeelding van de psychiatrie in de samenleving, de popularisering en maatschappelijke legitimatie van psychiatrische kennis en de cultuurhistorische betekenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Voor een deel zijn deze en eerder genoemde lacunes opgevuld door het hiervoor reeds genoemde onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche*. Het richtte zich op de sociaal-culturele geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanaf het eind van de negentiende eeuw tot heden. De doelstelling van het programma was een geschiedschrijving van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland waarin hun cognitieve inhoud, behandelpraktijken, organisatie en institutionele en sociaal-culturele context in hun onderlinge samenhang worden geanalyseerd. Het programma ging in 1999 van start met twee postdoctorale deelprojecten, een over de ontwikkeling van de psychiatrische beroepsgroep, uitgevoerd door I. Weijers, P. van Drunen en in de slotfase tevens R. Abma,[70] en een over patiënten in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen door J. Vijselaar.[71] Naast deze twee onderzoeken omvatte het programma vanaf het begin ook twee promotie-onderzoeken, een over de invloed van de antipsychiatrie in Nederland door G. Blok[72] en een over de psychiatrische verpleegkunde door G.J.C. aan de Stegge.[73]

Naast de voornoemde deelnemers, die samen met ons de kerngroep van het programma vormden, heeft zich gedurende langere of kortere tijd nog een aantal onderzoekers bij het programma aangesloten: L. de Goei, die in 2001 promoveerde op de geschiedenis van de psychohygiënische beweging[74]; J.H.M. de Waardt, die een boek schreef over de geschiedenis van de universitaire psychiatrie in Nederland[75]; C.Th. Bakker, die samen met H. van der Velden onderzoek verricht naar de financiering van de geestelijke gezondheidszorg[76]; T. Pieters, die zich bezighoudt met wetenschapssociologisch en -historisch onderzoek op het terrein van de psychofarmaca[77]; I. Mans, die in 1998 promoveerde op de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in Nederland[78]; J. Slijkhuis, die onderzoek deed naar de geschiedenis van de psychiatrische

---

[67] Pieters en Snelders 2005; voor eigentijdse analyses zie Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002 en Bos 2002.
[68] Gijswijt-Hofstra en Porter 1998; Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; Neve en Oosterhuis 2004; Gijswijt-Hofstra et al. 2005.
[69] Gerritsen et al. 1986; Kerkhoven 1993.
[70] Van Drunen 2004; Abma en Weijers 2005.
[71] De eindrapportage over dit project is nog niet gereed. Zie evenwel: Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c.
[72] Blok 2004.
[73] De eindrapportage over dit project is nog niet gereed. Zie evenwel: Aan de Stegge 2001a; Aan de Stegge 2001b; Aan de Steggen 2001c; Aan de Stegge 2004; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge 2005b.
[74] De Goei 2001.
[75] De Waardt 2005.
[76] Het onderzoek heeft tot nu toe geresulteerd in een ongepubliceerde rapportage: Bakker en Van der Velden 2004a. En voorts: Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en Van der Velden 2005. Zie tevens: Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.
[77] Pieters en Snelders 2005; Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002.
[78] Mans 1998.

beroepsvorming in de periode 1870-1914[79]; A.Klijn, die de bouwgeschiedenis van het psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal in Maastricht beschreef[80] en M. Louter, die op basis van interviews de belevingswereld van psychiatrische patiënten in de afgelopen drie decennia in kaart bracht.[81]

Van al dit nieuwe onderzoek hebben wij ten behoeve van dit boek dankbaar gebruik gemaakt. Aan de hand van overwegend gepubliceerde bronnen, zoals tijdschriften op het gebied van geneeskunde, psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en gidsen voor de geestelijke gezondheidszorg, hebben wij zelf aanvullend onderzoek verricht, met name naar de kwantitatieve gegevens over instellingen, hun capaciteit, behandelaars en patiënten, naar de zorg voor zenuwlijders, naar de inhoud van de sociale psychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, naar wetgeving en overheidsbeleid, naar het verband tussen psychiatrie en cultuurkritiek en naar de invloed van psychiaters op de publieke moraal. Ten behoeve van de vergelijking van Nederland met andere landen hebben wij samen met J. Vijselaar en G. Blok enkele internationale symposia georganiseerd. De inzichten die daar het resultaat van waren en die hun neerslag hebben gevonden in enkele publicaties, hebben wij ook in dit boek verwerkt.[82]

Omstreden geschiedschrijving

De geschiedschrijving van de psychiatrie werd (en wordt), in andere landen nog sterker dan in Nederland, gekleurd door de eigentijdse achtergrond en ideologische opvattingen van de auteurs. We hebben reeds gewezen op de neiging van psychiaters om de geschiedenis van hun vak voor te stellen als wetenschappelijke en humanitaire vooruitgang. De eigentijdse stand van zaken in de psychiatrie en niet zelden ook de specifieke richting die zij aanhangen, verschaft hen het selectie- en beoordelingscriterium voor de beschrijving van het verleden.[83] De eerder genoemde revisionisten, die zich kritisch, zo niet afwijzend opstelden ten aanzien van de psychiatrie en wezen op de verwevenheid van psychiatrische praktijken met maatschappelijke verhoudingen, waren voor een belangrijk deel geïnspireerd door de antiautoritaire protestbeweging van de jaren zestig en de kritische of antipsychiatrie. Even tijdgebonden was de felle reactie op het revisionisme van de Canadese historicus E. Shorter, die in 1997 een veelgeprezen overzichtswerk van de geschiedenis van de psychiatrie in de Westerse wereld publiceerde.[84] Zijn omarming van de biomedische benadering van geestesziekte en verkettering van andere richtingen in de psychiatrie, met name de psychoanalyse, lijken mede te zijn ingegeven door het klimaat van de jaren negentig: een groot vertrouwen in het moderne hersenonderzoek en de werking van psychofarmaca alsmede teleurstelling over en afkeer van de erfenis van de jaren zestig, waaronder het psychotherapeutische ethos. Shorter voerde overigens een gevecht tegen windmolens, want de revisionisten beheersen het historisch onderzoek naar de psychiatrie al sinds de jaren tachtig in het geheel niet meer. Deze zijn inmiddels opgevolgd door een nieuwe generatie van

---

[79] Slijkhuis 2002; Slijkhuis 2005.
[80] Klijn 2005 en Klijn 2007a.
[81] Louter 2005.
[82] Zie Gijswijt-Hofstra en Porter 1998; Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; Neve en Oosterhuis 2004; Gijswijt-Hofstra et al. 2005.
[83] Enkele recente voorbeelden: Stone 1997 en De Kroon 1999.
[84] Shorter 1997.

'postrevisionistische' historici die minder last hebben van ideologische bevlogenheid. Weliswaar proberen zij evenals de revisionisten de ontwikkelingen in de psychiatrie te begrijpen in samenhang met die in de samenleving, maar ze doen dat veel genuanceerder en zonder de psychiatrie te reduceren tot een verlengstuk van de staat of andere maatschappelijke krachten.[85]

Dat de geschiedschrijving van de psychiatrie nogal wat emotie en strijd heeft opgeroepen, is op twee manieren te verklaren. De eerste verklaring houdt verband met de aard van de psychiatrie zelf. Sterker dan voor de rest van de geneeskunde is de geschiedenis van de psychiatrie van belang voor de identiteitsvorming van het vak. Dit medisch specialisme was en is een verdeelde en omstreden discipline, die zowel onder de beroepsbeoefenaren zelf als onder hun patiënten en - vooral sinds de jaren zestig - buitenstaanders aanleiding gaf tot uitgesproken opvattingen. De geschiedenis van de psychiatrie leert dat zij een moeilijk te definiëren en af te bakenen vak is. Psychiaters zelf hebben vaak benadrukt dat hun vak een vorm van geneeskunde is. Zij hielden zich echter niet alleen bezig met de diagnose van geestesziekten en de behandeling en verzorging van individuele patiënten. Psychiaters begaven zich tevens op het terrein van sociale begeleiding, ondersteuning en opvoeding van mensen met geestelijke stoornissen en moeilijkheden. Behalve op individuele patiënten of cliënten richtten sommigen van hen zich ook op de samenleving en manifesteerden zij zich als bewakers van de maatschappelijke orde en als volksopvoeders of juist als cultuurcritici en maatschappijhervormers.[86] Psychiaters beperkten zich dus niet tot als medisch of psychisch beschouwde moeilijkheden, maar hun bemoeienis strekte zich ook uit tot sociale, ethische en politieke kwesties.

Het object van de psychiatrie lag niet vast en ook de benoeming en indeling van psychiatrische ziektebeelden was aan verandering onderhevig. Wat de verklaring en behandeling van psychische stoornissen betreft was er geen sprake van een gemeenschappelijk paradigma en laat de psychiatrie zowel in het verleden als in het heden een voortdurende richtingenstrijd zien. In het bijzonder in de steeds terugkerende pendelbeweging tussen somatogene en psychogene verklaringen en natuur- en menswetenschappelijke benaderingen ontbrak het niet aan polarisatie en wederzijdse verkettering. Uiteenlopende modellen, theorieën en therapieën wisselden elkaar af of bestonden naast elkaar. Bovendien hing de keuze voor een bepaalde behandeling of verzorging niet alleen af van wetenschappelijke inzichten, maar evenzeer van de vigerende waarden en normen omtrent de wijze waarop mensen met elkaar behoren om te gaan.[87] Hoge verwachtingen konden vaak niet worden waargemaakt: de werkelijkheid van geestesziekte bleek weerbarstig. Psychiaters lieten zich dan ook veelvuldig eerder leiden door wat naar hun idee in de praktijk werkte dan door wetenschappelijke kennis. In dit verband heeft de socioloog Schnabel de psychiatrie gekarakteriseerd als 'de wetenschap van de onopgeloste raadsels en de wanhoop'.[88] Mede door het gebrek aan therapeutische resultaten en de regelmatig terugkerende kritiek op de bejegening van patiënten door psychiaters of andere beroepsgroepen kwam de wetenschappelijke en de

---

[85] Micale en Porter 1994; vergelijk Bynum, Porter, Shepherd 1985-88, Scull 1989 en 1991. Zie ook Oosterhuis 1999.
[86] Vergelijk Van Lieshout en Mol 1986; Schnabel 1995, 84-105; De Goei 2001; Kennedy 2007.
[87] Schnabel 1996, 157.
[88] Schnabel 1996, 154-155.

maatschappelijke legitimiteit van de psychiatrie voortdurend ter discussie te staan. Anderzijds waren de verwachtingen van zowel psychiaters als hun clientèle en het bredere publiek omtrent nieuwe behandelmethoden - bijvoorbeeld in de jaren zestig en zeventig de diverse psycho- en sociotherapieën en in de afgelopen twee decennia de psychofarmaca - steeds weer hooggespannen. De opvattingen in de maatschappij over de psychiatrie varieerden van verguizing tot ophemeling. De geschiedschrijving van de psychiatrie weerspiegelt in zekere zin de verdeeldheid van het vak zelf en de sterk wisselende beeldvorming ervan in de samenleving. Vanwege de voortgaande discussie over de oorzaken van geestesziekte en de behandeling ervan blijft de geschiedenis actueel.

De tweede verklaring voor het omstreden karakter van de historiografie heeft te maken met de sociaal-culturele betekenisgeving aan geestelijke verwarring. Mede vanwege haar raadselachtigheid, de uiteenlopende reacties die zij oproept - vaak afkeer en angst vermengd met medelijden, maar soms ook idealisering - en het gebrek aan een eenduidige wetenschappelijke verklaring, kan geestesziekte dienen als projectiescherm voor uiteenlopende visies op mens en maatschappij. Dit des te meer omdat met name voor ernstig geesteszieke mensen geldt dat zij de fundamentele regels van het sociale verkeer, de normale loop van de alledaagse interactie op basis van onuitgesproken, maar door iedereen gedeelde verwachtings- en vertrouwenspatronen, doorbreken. 'Psychische stoornissen zijn de erosie van het sociale leven', aldus Schnabel.[89] De onbegrijpelijke en voor anderen oninvoelbare uitingen van psychisch gestoorden vallen buiten de vanzelfsprekendheid en voorspelbaarheid waarop 'normaal' sociaal gedrag gebaseerd is. De psychiatrie biedt een begrijpelijke verklaring voor dergelijke onbegrijpelijke gedragingen: het gaat om ziekte. De definitie van psychische stoornis, zowel in de psychiatrie als in de samenleving, hangt echter deels samen met maatschappelijke normen omtrent al dan niet acceptabel gedrag, Op deze manier beweegt de psychiatrie zich op het gevoelige terrein waar de (veranderlijke) regels van het samenleven zichtbaar worden.[90] Een dergelijk sociologisch inzicht is overigens in het verleden ook al door enkele psychiaters verwoord. Zo vroeg een van de grondleggers van de sociale psychiatrie in Nederland, A. Querido, zich in 1949 af hoe de in de samenleving wijd verspreide afkeer van geesteszieken was te verklaren: 'wellicht is de diepste grond,' opperde hij, 'dat de gesocialiseerde mens voelt, dat de geesteszieke zich veroorlooft wat hij met zoveel moeite heeft opgegeven en dat de geesteszieke onverhuld uitspreekt, waarvan de gezonde hoogstens droomt. […] In deze houding zit eigen angst.'[91]

Uitgangspunten en inspiratiebronnen

Wij hebben ons in dit boek verre proberen te houden van ideologisch en politiek beladen standpunten en discussies en getracht presentisme, in welke vorm dan ook, zoveel mogelijk te voorkomen door de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de context van de toenmalige maatschappij en cultuur te begrijpen. Zo hebben wij bijvoorbeeld geprobeerd zoveel mogelijk recht te doen aan de terminologie die in de tijd zelf werd gebezigd en aan de toen gangbare betekenisgeving. Dat wij het belang van de taal, van de begrippen ter aanduiding van geestelijke

[89] Schnabel 1992, 26.
[90] Zie ook Schnabel 1985, 159; Schnabel 1992, 20-21; Schnabel 1995, 40; Schnabel en Milders 1996.
[91] Querido 1949a, 270-271.

verwarring en de lijders eraan, benadrukken, heeft als reden dat terminologie voor de gebruikers een belangrijk structurerend element vormde voor hun waarneming, houding en gedrag, en dat het gebruik van taal bovendien deel uitmaakte van hun gedrag. Voor de historisch onderzoeker maakt het taalgebruik in het verleden het bij uitstek mogelijk om zich een beeld te vormen van de toen gangbare kennis, classificaties, waarderingen en verklaringen.[92]

Zoals eerder opgemerkt onthouden wij ons van een oordeel over de aard en verklaring van psychische stoornissen. Waar wij in elk geval niet van uitgaan is dat dergelijke moeilijkheden voornamelijk of alleen bestaan bij de gratie van het hulpverleningsaanbod of de maatschappelijke veroordeling van afwijkend of onbegrijpelijk gedrag, zoals de revisionisten en ook adepten van de sociologische etiketteringstheorie en Foucaults disciplineringstheorie hebben beweerd. Deze radicaal sociaal-constructivistische benadering veronachtzaamt en bagatelliseert de realiteit van geestelijke verwarring, wat de gedaante en de oorzaak ervan ook mogen zijn. In navolging van De Swaan stellen wij dat mensen onafhankelijk van de maatschappelijke reactie erop met uiteenlopende moeilijkheden kunnen kampen. Echter, *moeilijkheden* zijn niet objectief gegeven als psychiatrische of psychische *problemen*. Dergelijke problemen zijn interpretaties die in een specifieke sociale context tot stand komen.[93] Niet de moeilijkheden zelf, maar de specifieke betekenissen die ze als probleem krijgen, zijn sociaal-cultureel geconstrueerd. Verder nemen wij een agnostisch standpunt in tegenover psychiatrische verklaringen, of deze nu biologisch, psychologisch, sociaal of anderszins van aard zijn, en spreken wij geen voorkeur uit voor de een of andere psychiatrische benadering of antipsychiatrische visies. Wat wij in dit boek bieden is een beschrijving en analyse van de rol die deze verschillende benaderingen speelden in de context van het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, van aanbod van en vraag naar zorg en behandeling, en van het bredere maatschappelijke krachtenveld en culturele klimaat.

In onze beschrijving en analyse van het verleden van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben wij op een pragmatische en eclectische manier gebruik gemaakt van diverse attenderende begrippen en theoretische perspectieven. Het belang dat wij hechten aan terminologie en betekenisgeving, de begrippen probleemcultuur en psychologisering, het marktidee, de Eliaanse figuratiesociologie en de daarop geënte verzorgingssociologische benadering van De Swaan zijn hierboven al aan de orde gekomen. In verband met de aandacht die wij schenken aan de samenhang tussen ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg enerzijds en burgerschap anderzijds baseren wij ons op werk van de sociologen J.W. Duyvendak en E. Tonkens. Zij hebben enkele begrippen geïntroduceerd ter aanduiding en karakterisering van verschillende idealen van zelfontplooiing, die in de loop van de tweede helft van de twintigste eeuw van invloed zijn geweest op de Nederlandse samenleving: geleide, spontane en autonome zelfontplooiing.[94] Daarnaast hebben wij ons laten inspireren door zowel wetenschapshistorisch onderzoek naar disciplinevorming als historisch-sociologisch onderzoek naar beroepsvorming en professionaliseringsprocessen.

---

[92] Mol en Van Lieshout 1989; vergelijk ook De Blécourt 1990.
[93] Van Dantzig en De Swaan 1978; De Swaan 1984, 11.
[94] Duyvendak 1999; Tonkens 1999; vergelijk Weijers 1991, 125-127.

In het wetenschapshistorisch onderzoek van de afgelopen decennia is benadrukt dat wetenschappelijke disciplines geen onveranderlijke, essentiële kenmerken bezitten die vanaf hun ontstaan tot hun huidige gedaante hun identiteit bepalen.[95] Deze benadering neemt stelling tegen de eerder genoemde finalistische oftewel presentistische geschiedschrijving: de veronderstelling dat de wordingsgeschiedenis van een discipline continuïteit en gestage vooruitgang vertoont en dat een vakgebied zijn eigenheid ontleent aan een onveranderlijk object of gelijkblijvende onderzoeksvragen. Nieuwe theorieën en praktijken leiden daarentegen vaak tot een verandering van het object en de onderzoeksvragen van een wetenschap, de aard van de kennis die zij oplevert alsmede van de grenzen en taakverdeling tussen verschillende disciplines. De wijze waarop een vak is georganiseerd en afgebakend is derhalve niet (uitsluitend) te verklaren aan de hand van een vanzelfsprekende afgrenzing en ordening van het deel van de werkelijkheid dat haar objectgebied vormt. De manier waarop kennis en de praktische toepassing daarvan in disciplines zijn verdeeld wordt niet door een gegeven structuur van de werkelijkheid gedicteerd, maar is veeleer het resultaat van de wordingsgeschiedenis van disciplines en de veranderende demarcaties die hun onderlinge verhouding bepalen. Zo ligt de werkelijkheid van geestelijke verwarring niet eenvoudig klaar om door psychiaters te worden ontdekt, beschreven en verklaard als door hen te behandelen ziekten en stoornissen. Deze realiteit is mede het resultaat van het handelen van psychiaters waarin tegelijk met hun kennis ook het object van die kennis, hun werkterrein en de verhouding tot andere vakgebieden gestalte krijgen.

Het handelen van wetenschappers en deskundigen wordt niet alleen gestuurd door het streven naar 'zuivere' kennis, maar ook door de ambitie om voor hun discipline wetenschappelijk en maatschappelijk aanzien en legitimiteit te verwerven. Hun al dan niet succesvolle pogingen relevante buitenstaanders (politici, beleidsmakers, andere wetenschappers, opinievormers, leken, cliënten) van de geldigheid van hun definities van de werkelijkheid te overtuigen, zijn te begrijpen in termen van professionalisering. Het ontstaan en de ontwikkeling van beroepen en professies is vanouds een sociologisch thema, maar sinds enkele decennia hebben professionaliseringsprocessen, met name op het gebied van de geneeskunde, de aandacht van (wetenschaps)historici getrokken.[96] Oudere sociologische, grotendeels door het structureel-functionalisme van T. Parsons geïnspireerde professionaliseringstheorieën leggen veel nadruk op de (altruïstische) functie die professies op basis van wetenschappelijke kennis en specialistische vaardigheden in de moderne maatschappij vervullen. De door hoge ethische standaarden geïnspireerde professies zouden zich niet zozeer door economisch eigenbelang laten leiden als wel door dienstbaarheid aan het publiek belang. Vanaf de jaren zestig is er kritiek gekomen op dit beeld, dat nauw aansloot bij het zelfbeeld van de professies: in de conflict-sociologische benadering ligt de nadruk op de (politieke en economische) belangen en macht die ze nastreven. De aandacht gaat dan uit naar de wijze waarop professionele groepen diensten en arbeidstaken proberen te monopoliseren ten koste van leken en andere beroepsgroepen. In de derde, meer historische benadering die in de

---

[95] De Vries 1982; Harbers 1986; Boon en De Vries 1989; Dehue 1990; De Wilde 1992; Van Hilvoorde 2002.

[96] Conze en Kocka 1985; Fee en Porter 1992; Freidson 1975; Frevert 1984; Houwaart 1991; Huerkamp 1985; Siegrist 1988; MacClelland 1991; Napoli 1981; Rose 1985; Sarfatti-Larson 1977; Starr 1992; Stichweh 1984; Wachelder 1992; Warner 1986; Abbott 1988; Brown 1992.

laatste decennia terrein heeft gewonnen en waarin de dynamiek van professionalisering centraal staat, wordt niet bij voorbaat aangenomen dat altruïsme of machtsstreven bepalend zijn voor het optreden van professies en worden hun ontstaan en ontwikkeling beschreven tegen de achtergrond van historisch en maatschappelijk variabele omstandigheden. Deze (veelal vergelijkende) benadering vraagt aandacht voor de invloed van het overheidsbeleid, bureaucratisering, wetgeving en de (meer of minder) vrije markt waarop professies hun diensten aanbieden.

Verder valt er in het onderzoek naar professionalisering een onderscheid te maken tussen 'actionistische' en 'structuralistische' benaderingen. In de actionistische optiek ligt de nadruk op de strategieën waarmee beroepsgroepen zowel op hun werkplek als in de maatschappij hun belangen, zeggenschap en machtspositie trachten te bevorderen en veilig te stellen. Professionaliserende beroepsgroepen streven naar aanzien, autonomie, formele toelatingseisen op basis van gestandaardiseerde opleidingstrajecten en een monopoliepositie, stellen een interne gedragscode op en grenzen hun vakgebied af tegenover andere disciplines, onder andere door middel van een langdurige en specialistische scholing. Het structuralistische perspectief brengt het ontstaan van een professie in verband met sociale moderniseringsprocessen. Professionalisering is een proces dat de invloed ondergaat van zowel wetenschappelijke ontwikkelingen en de belangen van de beroepsgroep als van veranderingen in de maatschappelijke arbeidsdeling als geheel en de vraag die er in de samenleving bestaat naar gespecialiseerde diensten. Actionistische verklaringen lopen het gevaar dat ze aan een professie in wording motieven en een beroepsidentiteit toeschrijven die op het moment van haar vroege ontwikkeling nog niet bestaan, maar juist het product zijn van een latere ontwikkeling. In de structuralistische verklaring bestaat het gevaar van sociologisch reductionisme en blijven de intenties van de betrokkenen onderbelicht. Deze twee benaderingen sluiten elkaar niet uit maar vullen elkaar aan.

Samengevat laten zich in dit boek drie zwaartepunten onderscheiden: de hulpverleningsmarkt, het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, en de wederzijdse beïnvloeding van dit werkterrein en bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. De door ons gehanteerde attenderende begrippen - probleemcultuur, psychologisering, professionalisering - en theoretische perspectieven - de figuratiesociologie van Elias, de verzorgingssociologie van De Swaan, de wetenschapshistorische benadering van beroeps- en disciplinevorming - dienen om deze drie hoofdlijnen te preciseren en om de verbanden ertussen te verduidelijken.

Vraag en aanbod hingen nauw samen met de vigerende probleemcultuur in een bepaald tijdsgewricht, dat wil zeggen de betekenissen die moeilijkheden kregen als behandelbare problemen; het aan De Swaan ontleende begrip protoprofessionalisering vormt hiervan een specificatie en is, zoals we zullen zien, vooral relevant om de werking van een groot deel van de ambulante markt, in het bijzonder die van psychotherapie, te begrijpen. Verder waren vraag en aanbod in hoge mate afhankelijk van de economische conjunctuur: de mogelijkheden van hulpverleningsaanbieders om de opbouw van zorgvoorzieningen te bekostigen en het vermogen en de bereidheid van hulpvragers (of hun financiers) om voor professionele behandeling te betalen. Kenmerkend voor Nederland was dat de hulpverleningsmarkt, zowel het aanbod als de vraag, eveneens sterk de invloed onderging van en tegelijkertijd bijdroeg aan de levensbeschouwelijke verdeeldheid zoals die vorm kreeg in de verzuiling.

Het hulpverleningsaanbod is niet los te zien van de reikwijdte van het domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en dat kreeg op zijn beurt weer vorm door de invulling die de daarin werkzame beroepsgroepen gaven aan hun vak en de mate waarin zij hun professionele ambities wisten te realiseren. Vanuit dit perspectief zullen wij psychiaters en deels in hun kielzog de psychiatrisch verpleegkundigen in dit boek systematisch volgen en daarbij in het bijzonder aandacht schenken aan de wijze waarop zij hun beroepsdomein vormden en afbakenden ten opzichte van andere werkterreinen waarop andere beroepsgroepen zich deden gelden.

De vraag naar bepaalde vormen van psychiatrische en geestelijke gezondheidszorg werd mede beïnvloed door het imago van hulpverleningsinstellingen in de samenleving en de wijze waarop mensen zichzelf, anderen en hun moeilijkheden begrepen en zij met elkaar omgingen. Wat het belevingsaspect betreft bieden het begrip psychologisering en het kernidee van Elias' civilisatietheorie - de verschuiving van externe dwang (*Fremdzwang*) naar innerlijke beheersing (*Selbstzwang*) - aangrijpingspunten om ontwikkelingen aan de vraagkant van de hulpverleningsmarkt te begrijpen als onderdeel van meer omvattende maatschappelijke processen. De voortgaande sociale democratisering in de twintigste eeuw als gevolg van de afnemende ongelijkheid in de machts- en afhankelijkheidsverhoudingen tussen (groepen) mensen zou op individueel niveau gepaard gaan met verinnerlijking, een toenemende neiging om moeilijkheden als psychische problemen te duiden. Ook de veranderingen in het denken over en de omgang met dwang en zelfbeschikking in de psychiatrische zorg voor geesteszieken, waaraan wij de nodige aandacht zullen schenken, worden vanuit de Eliaanse optiek in een breder kader geplaatst.

Hetzelfde geldt voor de wijze waarop invulling werd gegeven aan het begrip geestelijke (volks)gezondheid en de keerzijde daarvan. Het vertoog van de beweging voor geestelijke volksgezondheid vertoonde opvallende parallellen met de reacties vanuit de bovenlaag van de Nederlandse samenleving op sociaaleconomische en politieke veranderingen. Zowel in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg als onder de politieke en intellectuele elites wisselden cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme elkaar voortdurend af en was de verhouding tussen individu en gemeenschap steeds weer in het geding. Zelfbeheersing en zelfsturing ter vervanging van dwang en controle van buitenaf vormden in de gehele twintigste eeuw de kernelementen in de formulering van idealen omtrent zelfontplooiing en democratisch burgerschap.

Opbouw

In grote lijnen is ons uit vijf delen bestaande boek chronologisch opgebouwd. Het eerste deel, 'Psychiatrie in opbouw', begint, na een korte terugblik op de voorgeschiedenis, in 1871 met de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, die in de drie daarop volgende decennia werd gevolgd door ingrijpende veranderingen in de bestaande krankzinnigenzorg en een beginnende expansie van het psychiatrisch-neurologisch werkterrein. Rond het einde van de Eerste Wereldoorlog kwam een aantal nieuwe ontwikkelingen op gang die het gezicht van de psychiatrie blijvend zouden veranderen en die deels het fundament legden voor de verdere verbreding van haar werkveld.

Deel 2, 'Beloftes van het nieuwe', dat de periode van het interbellum beslaat, gaat grotendeels over die veranderingen en verbreding. Naast en in zekere zin ook tegenover

de zich in sociale en medische zin vernieuwende inrichtingspsychiatrie ontstond een nieuw werkterrein, dat van de geestelijke volksgezondheid.

Deel 3, 'Ontwrichting, uitbouw en kentering', omvat de periode 1940-1965: de Tweede Wereldoorlog en de daarop volgende 'lange jaren vijftig'. Die periode kenmerkt zich door enerzijds de consolidatie en verdere organisatorische uitbreiding van wat in het interbellum tot stand was gekomen en anderzijds inhoudelijke vernieuwingen die vanaf 1965 mede dankzij de toegenomen welvaart en de verzorgingsstaat op bredere schaal ingang vonden in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Het daarop volgende tijdvak, de jaren 1965-1985, die wij in deel 4, 'Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand' behandelen, vormt wellicht de meest turbulente periode in de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg - dit niet alleen inhoudelijk vanwege de doorwerking van de zogenaamde antipsychiatrie en de daarmee gepaard gaande polarisatie en grote publieke aandacht, maar ook organisatorisch vanwege de snelle en omvangrijke uitbreiding van de psychiatrische en psychosociale hulpverlening alsook de toenemende overheidsbemoeienis.

In het midden van de jaren tachtig kwam aan deze polarisatie en uitdijing een eind en begon een nieuwe periode, die zich ons inziens moeilijk in een paar steekwoorden laat karakteriseren omdat wij er nog midden inzitten. Deel 5 over de tijd vanaf halverwege de jaren tachtig tot 2005 draagt de titel 'Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking'. In deze periode kwam een einde aan de organisatorische scheiding tussen de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg, die in Nederland sinds de jaren twintig had bestaan. Daarnaast vonden ingrijpende zorginhoudelijke vernieuwingen plaats, waarbij het doel was om het aantal en de duur van opnamen in psychiatrische ziekenhuizen te beperken en deze deels te vervangen door woon- en behandelfaciliteiten in de maatschappij. Aan het eind van de twintigste eeuw stokte deze ontwikkeling.

In de nabeschouwingen van de afzonderlijke delen zetten we de hoofdlijnen van de geschetste ontwikkelingen nogmaals uiteen en vergelijken wij daarbij steeds de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland met die in een aantal andere landen. In de slotbeschouwing komen wij terug op de vragen die wij eerder in deze inleiding aan de orde stelden en bieden wij een samenvattend overzicht. Verder proberen wij mede aan de hand van internationale vergelijking aan te geven wat de bijzondere kenmerken zijn van de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Binnen de vijf opeenvolgende delen hebben wij in grote lijnen steeds dezelfde indeling in hoofdstukken gehanteerd op basis van de verschillende werkgebieden van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: de intramurale zorg en de diverse werkvelden buiten de muren van gesticht, inrichting, ziekenhuis of kliniek, zoals de forensische psychiatrie en het terrein van de geestelijke volksgezondheid of ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze hoofdstukken worden steeds voorafgegaan door een algemeen overzicht van het psychiatrisch vakgebied: de werkplekken van psychiaters, hun beroepsorganisaties en de academische vakbeoefening. In de nabeschouwing zullen wij telkens aandacht schenken aan buitenlandse invloeden op de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en aan de vergelijking van de ontwikkelingen in Nederland met die in een aantal andere landen.

Mede om redenen van efficiëntie, deskundigheid en persoonlijke interesse, hebben wij het zeer brede onderzoeksgebied onderling verdeeld. Marijke Gijswijt-Hofstra heeft zich gericht op de intramurale psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de periode tot 1965, inclusief de zwakzinnigenzorg en de zorg voor zenuwpatiënten, de psychiatrische verpleegkunde en de wetgeving op deze terreinen, terwijl Harry Oosterhuis de ontwikkeling van het psychiatrisch vak en werkterrein, de beweging voor geestelijke volksgezondheid, de ambulante sector, de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, de universitaire en forensische psychiatrie, de psychiatrische bijdragen aan cultuurkritiek, publieke moraal en het denken over burgerschap, het overheidsbeleid, de maatschappelijke context alsook de intramurale psychiatrie en de verpleegkunde vanaf 1965 voor zijn rekening heeft genomen. Deze werkverdeling neemt niet weg dat wij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de gehele inhoud van dit boek.

1. PSYCHIATRIE IN OPBOUW (1870-1918)

Inleiding

De institutionele krankzinnigenzorg is al eeuwen oud, maar pas in de negentiende eeuw groeide deze uit tot een bij uitstek geneeskundig domein en kwam het medische vak dat psychiatrie ging heten, tot ontwikkeling. In Nederland was de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 in dit opzicht een mijlpaal: voor het eerst organiseerden geneeskundigen die in krankzinnigengestichten werkzaam waren (gestichtsgeneesheren) zich - en wel onder de noemer psychiatrie. Deze vereniging vormde de aanzet tot de vorming van een nieuw medisch specialisme, enkele decennia later verenigd met de neurologie. Tot ver in de twintigste eeuw zou de zorg voor geesteszieken in krankzinnigengestichten dan wel psychiatrische inrichtingen of ziekenhuizen het omvangrijkste werkveld en het kerndomein van het nieuwe specialisme zijn, maar al in de laatste decennia van de negentiende eeuw begonnen beoefenaars van de psychiatrie en de neurologie hun activiteiten ook op andere terreinen, buiten de muren van het gesticht, te ontplooien.

Wij beginnen het eerste deel, 'Psychiatrie in opbouw', met een korte terugblik op de (internationale) geschiedenis van de krankzinnigenzorg vanaf het eind van de achttiende eeuw en de problemen die zich in Nederland voor 1870 - toen van psychiatrie nog amper sprake was - op dit terrein voordeden (hoofdstuk 1.1). Alvorens wij ingaan op de pogingen die geneeskundigen na 1870 met name vanuit de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ondernamen om deze problemen het hoofd te bieden, belichten wij in hoofdstuk 1.2 kort de ingrijpende veranderingen die de Nederlandse samenleving in de periode 1870-1918 doormaakte. Deze vormden tot op grote hoogte de maatschappelijke voorwaarden voor de ontwikkeling van de krankzinnigenzorg en het psychiatrisch-neurologisch vak en werkveld in die periode. Hoofdstuk 1.3 gaat over het ontstaan van het psychiatrisch-neurologisch specialisme en biedt een overzicht van de werkplekken van artsen die de psychiatrie (en deels ook de neurologie) beoefenden. Vervolgens behandelen wij in de hoofdstukken 1.4 en 1.5 de ontwikkelingen in de institutionele krankzinnigenzorg, terwijl de hoofdstukken 1.6, 1.7, 1.8 en 1.9 zijn gewijd aan vier nieuwe psychiatrisch-neurologische werkvelden die vanaf het eind van de negentiende eeuw gestalte kregen: de zorg voor zenuwzieken, zowel in instellingen als daarbuiten; het academische onderwijs en onderzoek; het op preventie gerichte hygiënisme, waaronder in het bijzonder de psychiatrische bemoeienis met alcoholisme; en tot slot de gerechtelijke psychiatrie en criminele antropologie.

1.1 De negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg

1.1.1. *De Eerste Psychiatrische Revolutie*

In de periode tussen 1780 en 1850 traden in de Westerse wereld ingrijpende veranderingen op in het denken over wat waanzin, krankzinnigheid, zinneloosheid of zotheid heette. Er werd afstand genomen van de gangbare morele en religieuze benadering die geestelijke verwarring in verband bracht met zonde en schuld. Zowel geneeskundigen als verlichte filantropen die zich het lot van zinnelozen aantrokken, betoogden dat dezen niet door Gods straf of het noodlot waren getroffen, maar dat zij leden aan een ziekelijke aandoening die mogelijk te verhelpen was. Er kwam een nieuwe voorziening uitsluitend voor waanzinnigen, het krankzinnigengesticht, dat hen niet alleen van de maatschappij afzonderde, maar dat ook was bedoeld om hen therapeutisch te behandelen. De Eerste Psychiatrische Revolutie - zo staan deze vernieuwingen te boek in de geschiedschrijving - omvatte verder wetgeving die de opname in een krankzinnigengesticht aan rechtsregels onderwierp en normen stelde ten aanzien van de beschikbaarheid en de inrichting van de gestichten.[97]

Terwijl geneeskundigen in de Oudheid en Middeleeuwen waanzin, onder andere aan de hand van de theorie van de lichaamsvochten, ook al in termen van ziekte verklaarden, overwoog in het Christendom de morele veroordeling. Verwardheid van geest werd overwegend begrepen in termen van bezetenheid en demonie, als een uiting van de strijd tussen God en duivel om de ziel. Hoewel de benadering van krankzinnigheid als een van buitenaf komende demonische kracht of goddelijke straf bleef bestaan, verschoof het accent in de zeventiende en achttiende eeuw naar de irrationaliteit waarvan zinnelozen blijk gaven. Deze veranderende visie hing samen met de maatregelen van overheden om groeperingen die als een bedreiging voor de maatschappelijke orde golden, door middel van institutionalisering onschadelijk te maken. In zijn *Folie et déraison: histoire de la folie a l'âge classique* (1961) over de omgang met waanzin in het zeventiende- en achttiende-eeuwse Frankrijk spreekt M. Foucault in dit verband van 'de grote opsluiting', die in 1656 zou zijn begonnen met de instelling van het Hôpital Général te Parijs. Waanzinnigen die buiten familieverband leefden en die voor ordeproblemen zorgden, werden tezamen met andere probleemgroepen, zoals criminelen, zwervers, bedelaars, libertijnen, hulpbehoevenden en chronisch zieken, in hospitalen opgesloten.

Het is de vraag of de opsluiting wel zo massaal en systematisch was als Foucault beweert. De meeste zinnelozen waren, tot in de negentiende eeuw, in de gemeenschap opgenomen en leefden in gezins- en familieverband. Slechts een minderheid was ondergebracht in hospitalen en tucht-, armen- en gasthuizen. Alleen als ze crimineel of gevaarlijk voor anderen waren, volgde opsluiting in gevangenissen en aparte dolhuisjes of cellen binnen een gasthuis. Instellingen voor uitsluitend krankzinnigen, zoals het Londense Bethlem, waren betrekkelijk schaars. Daarnaast ontstonden in de achttiende eeuw particuliere en op winst gerichte 'gekkenhuizen' en liefdadige instellingen die zich specifiek op waanzinnigen richtten. De zorg voor zinnelozen en zotten die vanwege hun

---

[97] De ontwikkeling en verspreiding van de psychoanalyse vanaf 1900, waardoor de psychologische benadering terrein won, geldt als de Tweede Psychiatrische Revolutie en het optreden van de antipsychiatrische beweging in de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw wordt tezamen met de 'deïnstitutionalisering' van de psychiatrische zorg wel als de Derde Psychiatrische Revolutie aangemerkt. Zie Castel, Castel en Lovell 1982.

gevaarlijke of lastige gedrag niet in de samenleving te tolereren waren of die niet door hun naasten werden verzorgd, was in de eerste plaats een kwestie van ordehandhaving en daarnaast van liefdadigheid en winstbejag. De voorzieningen waren heterogeen en kleinschalig, waanzinnigen werden nog nauwelijks onderscheiden en gescheiden van andere ordeverstoorders en hulpbehoevenden, en van medische zorg was vrijwel geen sprake.[98]

Het ontstaan van het krankzinnigengesticht als geneeskundige voorziening is te danken aan de doorwerking van de Verlichting. Mede als gevolg van de toenemende aandacht voor irrationaliteit als maatschappelijk probleem ontstonden tijdens de achttiende eeuw nieuwe opvattingen over waanzin als aandoening van de redelijke vermogens van de mens. Volgens de empiristische kennisleer was waanzin het resultaat van een verkeerde verwerking van impressies vanuit de buitenwereld en onjuiste associaties van op die zintuiglijke indrukken gebaseerde ideeën, waardoor het contact met de realiteit verstoord was geraakt. Foutieve ideeënassociaties verankerden zich in de geest en de op hol geslagen verbeelding, fantasie en passies verhinderden de toegang tot de werkelijkheid. In deze redenering was waanzin niet zozeer een van buitenaf komende demonische invloed die 'uitgedreven' moest worden, maar een stoornis in de mens die te wijten was aan de individuele omstandigheden en levensgeschiedenis.

In het Verlichtingsdenken was waanzin niet meer een bovennatuurlijk, onmenselijk fenomeen, maar een gebrek van de in wezen rationele geest dat verklaarbaar en behandelbaar was. Als vorm van onredelijkheid bij uitstek werd een verwarde geest geassocieerd met bijgeloof en gebrek aan beschaving, die een hindernis voor vooruitgang vormden. Maar behalve als terugval naar een dierlijk, ongeciviliseerd niveau, gold het verlies van redelijke vermogens ook als een gevolg van de voortschrijdende beschaving die met haar toenemende verfijning steeds hogere eisen stelde aan de mentale capaciteiten van de mens. Sommigen zouden daartegen niet opgewassen zijn en vielen ten prooi aan verwarring: zij bleven verstoken van de weldadige invloed van de beschaving en ondervonden des te sterker haar ontwrichtende gevolgen.

Of waanzin nu werd geweten aan een gebrek of een overdaad aan beschaving, in beide verklaringen was het onderscheid tussen geestelijke integriteit en gestoordheid niet onoverbrugbaar en bleef in waanzinnigen een menselijke kern bewaard op basis waarvan zij recht hadden op zowel een humane als een therapeutische behandeling.[99] Het verlichte mensbeeld behelsde een optimistisch geloof in de mogelijkheid de mens te verbeteren: de goede natuur die allen in wezen deelden en die het fundament voor rede en moraal was, zou, zo nodig met extra steun en aanmoediging en een juiste afstemming van het leefmilieu, tot ontplooiing kunnen komen. De aanhangers van de Verlichting koesterden een groot vertrouwen in de mogelijkheid om door middel van (her)opvoeding mensen zelfbeheersing, verantwoordelijkheidsbesef, orde en regelmaat bij te brengen. Deze in wezen burgerlijke waarden zouden een kwestie zijn van goede wil, een strijd tegen het irrationele en voor de vooruitgang.

Het burgerlijke emancipatie- en democratiseringsstreven en de vorming van een *civil society* waarin onafhankelijke burgers de gebreken van hun eigen samenleving onderkennen en er verantwoordelijkheid voor nemen, was een belangrijke maatschappelijke voorwaarde voor de hervormingen in de krankzinnigenzorg: waanzin

---

[98] Parry-Jones 1972; Scull 1979; Donnelly 1983; Shorter 1997; Porter 2002.
[99] Dörner 1969; Kaufmann 1995; Roelcke 1999; Gaudet en Swain 1999.

kwam ter discussie te staan als sociaal probleem waar iets aan moest worden gedaan. Het optreden van de hervormers is te begrijpen tegen de achtergrond van de opkomende burgerlijke maatschappij waarin een sociaal bewustzijn ontstond en waarin, onder invloed van de Verlichting en de Franse Revolutie, de behandeling van krankzinnigen aandacht kreeg in het licht van fundamentele mensenrechten. Het vertrouwen in de mondigheid en emancipatie van de mens en de veronderstelling dat het onderscheid tussen rede en waanzin niet onoverbrugbaar was, vertaalde zich in de overtuiging dat krankzinnigen door middel van gericht ingrijpen weer tot rede waren te brengen. Met name in het revolutionaire Frankrijk profileerden vooraanstaande geneeskundigen, onder wie P. Pinel, zich als maatschappijverbeteraars. Na de val van het Ancien Régime zou de medische stand in samenwerking met het gecentraliseerde en gerationaliseerde overheidsapparaat zorg moeten dragen voor de bestrijding van sociale misstanden die de gezondheid van burgers bedreigden.[100]

Al in de tweede helft van de achttiende eeuw pleitten sommige geneeskundigen, bijvoorbeeld de Engelsman W. Battie en de Italiaan V. Chiarugi, voor een geneeskundige krankzinnigenzorg, maar de definitieve basis daarvoor werd rond 1800 in Frankrijk en Groot-Brittannië gelegd. De kern ervan was een nieuwe therapeutische methode, de zogenaamde morele behandeling. In Frankrijk verkondigde de aan de Parijse gestichten Bicêtre en Salpêtrière verbonden arts Pinel dat zinnelozen niet aan hun lot mochten worden overgelaten, maar in aanmerking kwamen voor behandeling. Pinel, die volgens de inmiddels ontzenuwde overlevering de verwarde geesten van hun ketenen bevrijdde, stelde dat zij patiënten waren, die in een afhankelijkheidsrelatie met een leidsman van hoog moreel kaliber, bij voorkeur een medicus, weer bij zinnen konden worden gebracht. Pinels leerboek uit 1801, waarin hij de beginselen van de morele behandeling uiteenzette, had veel invloed. Zijn opvolger, J.E.D. Esquirol, bracht de door Pinel bepleite hervormingen in de praktijk.[101]

In Groot-Brittannië kwam de morele behandeling in eerste instantie buiten de medische wereld en in kleine, particuliere gestichten tot ontwikkeling. De grondleggers ervan, F. Willis, W. Tuke en diens kleinzoon S. Tuke waren geen geneeskundigen. Willis was een geestelijke die een particulier krankzinnigengesticht exploiteerde en die in 1788 de waanzinnige koning George III met succes behandelde. W. Tuke was een vooraanstaand lid van de Quaker-gemeenschap in York. In 1792 nam hij het initiatief tot de oprichting van de *Retreat*, een tehuis waar krankzinnigen uit zijn geloofsgemeenschap een humane verzorging en behandeling moesten krijgen. In zijn *Description of the Retreat* (1813) zette S. Tuke de beginselen van de nieuwe behandeling uiteen en de Yorkse instelling ging een voorbeeldfunctie vervullen. Dwangmiddelen, lijfstraffen en verwaarlozing maakten plaats voor een regelmatig dagritme, arbeid (op het land), onderwijs en kerkgang. De morele behandeling hield een voortdurend appèl in op het zelfrespect en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt; de oorzaak van diens waanzin werd gezocht in een persoonlijk tekort, vooral in een gebrek aan zelfbeheersing. De behandelaar moest door middel van zijn morele overwicht, zijn doordringende blik en zijn wilskracht een heilzame invloed op de patiënt uitoefenen en zo diens chaotische natuur bedwingen. De morele therapie was niet zozeer medisch als wel opvoedkundig en geestelijk van aard. De veronderstelling was dat waanzinnigen hun redelijkheid en

[100] Dörner 1969; Castel 1976; Blasius 1984; Kaufmann 1995; Gaudet en Swain 1999.
[101] Goldstein 1987; over de rol van Pinel en de mythevorming daarover: Weiner 1994.

wilskracht verloren hadden en dat herstel mogelijk was door middel van een systematische beïnvloeding in een kalmerende omgeving. Het leefmilieu zou van doorslaggevende betekenis zijn voor zowel het ontstaan als de genezing van waanzin. De afzondering in een gesticht met een hecht georganiseerd en hiërarchisch ingericht leefverband op het rustgevende platteland diende ertoe om het dagelijkse leven van krankzinnigen totaal te controleren en te sturen. Orde en regelmaat, arbeid, onderwijs, religieuze instructie en het systematisch aanleren van zelfbeheersing, wilskracht en deugdzaamheid waren de middelen om dit doel te bereiken.

In Groot-Brittannië ontstond vanaf het eind van de achttiende eeuw ook een maatschappelijke protestbeweging tegen de slechte behandeling die veel waanzinnigen ten deel viel. Filantropen en evangelische christenen begonnen de slechte omstandigheden in zowel particuliere gekkenhuizen als openbare gestichten aan de kaak te stellen en voor een menselijke behandeling van waanzinnigen te pleiten. Een betere bejegening, huisvesting en voeding zouden de kans op genezing verhogen waardoor krankzinnigen weer productieve burgers werden. Deze morele entrepreneurs, die ook verontrust waren over het morele verval en de zedeloosheid als gevolg van de beginnende industrialisering en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke ontwrichting, kregen in hun campagnes steun van maatschappijverbeteraars, die onder invloed van het utilitarisme van J. Bentham geloofden in de rationele maakbaarheid van mens en samenleving. Zo ontstond een hervormingsbeweging op basis van zowel christelijk-humanitaire en paternalistische bewogenheid als het streven naar rationaliteit, nuttigheid en efficiency met behulp van wetenschappelijke deskundigheid. In de eerste decennia van de negentiende eeuw boekten de hervormers, mede vanwege de bijval van politici, successen. Een serie parlementaire onderzoeken bracht de slechte behandeling van (vooral arme) waanzinnigen onder de aandacht van de regering en het publiek. Ondanks het verzet tegen staatsinterventie op dit gebied, kregen de hervormers in de jaren dertig en veertig de wind mee en kwam er wetgeving gericht op verbetering van de krankzinnigenzorg. Lokale overheden dienden te voorzien in openbare gestichten. Vanaf de jaren veertig groeide hun aantal snel.

De verspreiding van de morele behandeling als therapie voor krankzinnigen - waarbij ideaal en praktijk zeker niet altijd naadloos op elkaar aansloten - werd mogelijk door hun toenemende institutionele segregatie van andere, in toenemende mate als problematisch beschouwde groepen zoals paupers, chronisch zieken en invaliden, zwervers, werklozen en criminelen. Aanvankelijk werd de scheiding niet in de eerste plaats vanuit therapeutische motieven doorgevoerd, maar hield deze verband met een veranderde houding ten aanzien van overlast en armoede. Deze resulteerde in een reorganisatie van de armenzorg, de opvang van hulpbehoevenden en ordeverstoorders, en het gevangeniswezen, waarbij heropvoeding door middel van arbeid als richtsnoer diende. In eerste instantie ontstond het publieke krankzinnigengesticht in Groot-Brittannië als uitvloeisel van de reorganisatie van de armenzorg en het tuchthuis met als hoofddoel het zo veilig en goedkoop mogelijk segregeren van waanzinnigen ten opzichte van groepen die tot arbeid in staat waren. Behalve krankzinnigen werden ook armen en misdadigers anders behandeld: voor allen zou heropvoeding - tot respectievelijk redelijkheid, arbeidzaamheid en deugdzaamheid - de remedie zijn. Economische overwegingen speelden met name in het zich industrialiserende Groot-Brittannië een belangrijke rol. Aangezien onhandelbare waanzinnigen moeilijk waren in te schakelen in

het reguliere arbeidsproces, lag een aparte instelling alleen al vanuit overwegingen van doelmatige organisatie voor de hand.[102] Tegelijkertijd speelden humanitaire motieven zeker ook een rol. In de jaren dertig voerde de Engelse arts J. Conolly in twee Engelse publieke gestichten de *non-restraint* behandeling in waarmee volledig werd afgezien van fysieke dwang. Deze behandelmethode, die hoge eisen stelde aan de organisatie van het gesticht en aan de discipline van het verplegend personeel, kreeg in Engeland na 1850 veel aanhang. Op het continent kreeg zij vooralsnog alleen systematisch navolging in Nederland (in het gesticht Meerenberg bij Santpoort) en Denemarken.

In Duitsland hadden morele behandeling en *non-restraint* nauwelijks invloed op de praktijk van de krankzinnigenzorg. Weliswaar ontwierp de hoogleraar in de geneeskunde J.C. Reil de *psychische Curmethode*, waarin hij elementen van de morele behandeling combineerde met de beginselen van de romantische geneeskunde, maar hij was niet werkzaam in een gesticht en hij kon zijn ideeën niet toepassen. Bepaalde kenmerken van de morele behandeling waren terug te vinden in de aanpak van de geneesheer E. Horn, die in 1806 de leiding van de krankzinnigenafdeling van het Berlijnse ziekenhuis de Charité op zich nam. Hij onderwierp het dagelijkse leven in deze inrichting aan een strikte orde ten einde de patiënten zelfbeheersing bij te brengen. Waar bij Reil de persoonlijke, op vertrouwen gebaseerde relatie tussen arts en patiënt met een minimum aan dwang centraal stond, legde Horn de nadruk op discipline en de aanpassing van het individu aan de gestichtsorde. Overigens muntte Reil in 1808 het begrip psychiatrie (*Psychiaterie*, acht jaar later vervangen door *Psychiatrie*), dat in de tweede helft van de negentiende eeuw gangbaar werd.[103]

Nationale overheden toonden zich gevoelig voor de roep om de krankzinnigenzorg te verbeteren, zoals bleek uit de krankzinnigenwetten die in Frankrijk in 1838, in Nederland in 1841, in Groot-Brittannië in 1845 en in België in 1850 tot stand kwamen. Ook in Amerikaanse en Duitse staten werden regels en procedures vastgelegd door middel van wetten of bestuurlijke maatregelen. De wet- en regelgeving diende in de eerste plaats om gestichtsopname aan regels te binden. Daarbij moest een evenwicht worden gevonden tussen het belang van weinig tijdrovende opnameprocedures ten behoeve van een effectieve geneeskundige behandeling en het principe van de rechtsstaat dat burgers niet zonder legitieme reden van hun vrijheid beroofd mogen worden. Het recht van de staat om hinderlijke, maar doorgaans niet misdadige krankzinnigen uit de samenleving te verwijderen, waarvoor in de liberale rechtsorde juridische belemmeringen bestonden, werd gerechtvaardigd met een deels humanitaire en deels medische argumentatie: de noodzaak om hen, voor hun eigen bestwil, te beschermen en te behandelen.[104] Hoewel gestichtsartsen de nadruk legden op het streven naar genezing als reden voor opname en daarvoor een medische verklaring vereist was, bleef de bescherming van de maatschappij of de naasten tegen overlast en gevaar een belangrijke functie van de gestichten.

De wetgeving omvatte verder voorschriften met betrekking tot de oprichting, ligging, outillage en personeelsbezetting van gestichten en de verzorging van patiënten alsmede de taak van de overheid, met name wat betreft de beschikbaarheid van voldoende faciliteiten, het beheer van publieke gestichten en het toezicht op de

[102] Scull 1979 en Scull 1993; vergelijk Freeman 2005.
[103] Shorter 1997, 17.
[104] Castel 1976 en Donnelly 1983.

krankzinnigenzorg. Vanaf de jaren veertig kwamen er op basis van hooggespannen verwachtingen omtrent de geneesbaarheid van verwarde geesten overal in West-Europa en de Verenigde Staten nieuwe en vaak grote gestichten op het platteland tot stand. Daarnaast werden ook kloosters, gevangenissen en gast- en tuchthuizen omgebouwd tot geneeskundige gestichten. Terwijl in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten particuliere en lokale initiatieven en sociale bewegingen de drijvende kracht achter de hervormingen in de krankzinnigenzorg waren en de slechte behandeling en verwaarlozing van geestelijk gestoorden daar in het openbaar aan de kaak werden gesteld om de publieke opinie en de politiek te beïnvloeden, speelden in Frankrijk en diverse Duitse staten de overheid en de medische stand een initiërende rol.

Hoewel krankzinnigheid al voor de negentiende eeuw soms als ziekte gold en geneeskundigen somatische behandelingen toepasten, bezaten medici geen exclusieve competentie op dit gebied. Behalve dokters maakten ook geestelijken, filosofen, rechtsgeleerden, opvoedkundigen, moralisten, filantropen, maatschappijhervormers en particuliere eigenaren of uitbaters van krankzinnigentehuizen aanspraak op zeggenschap. De hervormingen in de krankzinnigenzorg en de toepassing van de morele behandeling betekenden niet dat een dominante positie - laat staan een monopolie - van artsen vanzelfsprekend was. De nadruk lag in de eerste helft van de negentiende eeuw op de vermeende eenheid van lichaam en ziel alsmede op een moreel-opvoedkundige behandeling van waanzinnigen. De morele therapie was in feite een vorm van heropvoeding met de verlichte burgerlijke moraal en humanitair-religieuze waarden als richtsnoer - een benadering die weinig van doen had met de somatische behandelingen van geneeskundigen en die deels juist was ingegeven door verzet tegen bestaande medische ingrepen als aderlaten. De nieuwe aanpak ontstond in het gesticht en niet in de universitaire medische faculteit.

Met name in Engeland ontwikkelden religieus en humanitair bewogen leken de morele behandeling. Pas toen de filantropisch en religieus geïnspireerde hervormers successen begonnen te boeken, sloten geneeskundigen zich bij hen aan. Hoewel leken doorgaans de gestichten bestuurden, wisten medici de dagelijkse leiding naar zich toe te trekken. Behalve met hun therapeutische expertise gingen zij zich ook profileren met hun deskundigheid op het terrein van beheer van gestichten.[105] In Frankrijk was de morele therapie weliswaar door de medicus Pinel geïntroduceerd, maar tot ver in de negentiende eeuw zagen geneeskundigen zich geconfronteerd met geestelijken, juristen en filosofen die ook zeggenschap opeisten op het gebied van krankzinnigheid en die zich competent achtten de morele behandeling toe te passen. Aangezien religieuze congregaties zich bezighielden met de zorg voor waanzinnigen en het onderscheid tussen morele therapie en zielzorg niet duidelijk was, ondervonden gestichtsartsen concurrentie en tegenwerking van geestelijken. Niet zonder strijd lukte het artsen zich de morele behandeling toe te eigenen door haar als medische therapie profileren. Uiteindelijk sanctioneerde de krankzinnigenwet van staatswege de vooraanstaande rol van geneeskundigen in de gestichtszorg.[106]

In het midden van de negentiende eeuw begonnen Franse, Britse, Duitse en Amerikaanse gestichtsgeneesheren - in de Angelsaksische wereld ook aangeduid als *alienists* - zich te organiseren in beroepsorganisaties en rond tijdschriften gewijd aan hun

[105] Scull 1979, 183-185.
[106] Goldstein 1987. Vergelijk Scull 1975 en Scull 1976.

werkterrein, dat psychologische geneeskunde of psychiatrie ging heten. Britse gestichtsgeneesheren verenigden zich in 1841 in de *Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane* en vanaf 1847 respectievelijk 1853 verschenen de *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* en de *Asylum Journal*. Hun Franse collega's richtten in 1843 de *Annales médico-psychologiques* op en zij kregen in 1852 met de *Société médico-psychologique* een eigen vereniging. In Duitsland kwamen in 1842 en in 1854 respectievelijk de *Gesellschaft von Deutschen Irrenärzten* en de *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie* tot stand, elk met hun eigen tijdschrift: het *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, (1844) en het *Correspondenz-Blatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie* (1854). De Verenigde Staten kregen in 1844 met de oprichting van de *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* een beroepsvereniging voor gestichtsartsen en met de *American Journal of Insanity* (1844) een vakblad.

Hoewel de geneeskundige opleiding nog geen specialisme psychiatrie kende, gingen gestichtsgeneesheren zich vanaf het midden van de negentiende eeuw profileren als de deskundigen op het gebied van geestesziekte. De medische kennis omtrent de aard en de oorzaken van geestesziekte was echter niet eenduidig. Voor de negentiende eeuw hadden geneeskundigen reeds somatische therapieën toegepast, maar de veronderstelling dat de oorzaken van waanzin in het lichaam waren te vinden, stond op gespannen voet met de morele behandeling die gestichtsgeneesheren zich toeëigenden en die grotendeels bestond uit psychische en morele beïnvloeding. Aangezien ze hun vak als onderdeel van de wetenschappelijke geneeskunde zagen, zetten medici zich af tegen een filosofische optiek en het christelijke mensbeeld, maar dat betekende niet dat ze geestesziekte tot organische of fysiologische stoornissen reduceerden. Zij motiveerden de toepassing van een therapie die grotendeels bestond uit pedagogische maatregelen door te wijzen op de psychosomatische eenheid van de mens en de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest. Velen geloofden dat de oorzaak van waanzin zowel in lichamelijke als 'morele' factoren was te vinden, dat wil zeggen deels ook in de zin van wat later psychologisch ging heten. Vandaar dat godsdienstige instructie, voor zover deze bijdroeg aan het bedwingen van de irrationele neigingen en aan de versterking van het morele kaliber van de persoonlijkheid, deel uitmaakte van de morele behandeling.[107] De vraag of geestesstoornissen hun oorzaak primair in lichamelijke aandoeningen dan wel in psychologische, morele of maatschappelijke invloeden vonden, leidde voor het midden van de negentiende eeuw al tot controversen onder geneeskundigen, met name in Duitsland, waar de zogenaamde *Psychiker* de degens kruisten met de *Somatiker*.[108]

In de tweede helft van de negentiende eeuw zochten toonaangevende psychiaters aansluiting bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde, waarin het lichaam als fysisch-chemisch mechanisme centraal stond. Met name in Duitsland en Frankrijk zette een nieuwe generatie artsen zich af tegen de in hun ogen onwetenschappelijke moreel-pedagogische aanpak; de Angelsaksische psychiatrie volgde aan het eind van de eeuw. Volgens de biomedische benadering waren de oorzaken van geestesstoornissen te vinden in anatomische en fysiologische afwijkingen, vooral van de hersenen en de rest van het zenuwstelsel. In dit perspectief konden psychiaters niet, zoals tot dan toe, volstaan met

[107] Scull 1979; Vandermeersch 1984; Goldstein 1987.
[108] Verwey 1980.

het observeren en beschrijven van de symptomen van patiënten en het classificeren van ziektebeelden, maar moesten zij door middel van hersenanatomisch en neurofysiologisch onderzoek in laboratoria hun klinische waarnemingen in verband proberen te brengen met lichamelijke afwijkingen. Hoewel een meer psychologische optiek in de klinische praktijk bleef bestaan als methodologisch kader voor de beschrijving van symptomen en ziektegeschiedenissen, benadrukten met name universitaire psychiaters het belang van anatomie, fysiologie en neurologie. Vooral in Duitsland en Oostenrijk ging de academische psychiatrie, waarvoor de Berlijnse hoogleraar W. Griesinger de basis legde, vanaf 1860 steeds meer de toon aangeven. Er kwamen leerstoelen en universitaire psychiatrische klinieken voor onderwijs en onderzoek tot stand. Onderzoekers fileerden en prepareerden de hersenen van gestorven patiënten en tuurden door microscopen ten einde het geheim van de waanzin te ontsluieren. In Frankrijk verwierf de psychiatrie twee decennia later een vaste plaats aan de universiteit - de eerste leerstoelen werden rond 1880 ingesteld - en bleef de academische vakbeoefening beperkter van omvang dan in de Duitstalige landen. De degeneratietheorie, die op basis van J.-B. Lamarcks evolutietheorie de overerfelijkheid van verworven gebreken centraal stelde, was een invloedrijke Franse bijdrage aan de biomedische psychiatrie. In Groot-Brittannië vestigde de psychiatrie zich pas in de twintigste eeuw op de universiteit.[109]

Tegelijkertijd nam in de tweede helft van de negentiende eeuw niet alleen de hoeveelheid gestichten, maar ook hun omvang toe. Het aantal opgenomen krankzinnigen groeide zowel absoluut als relatief en deze ontwikkeling trad in alle Westerse landen op. In de historische literatuur zijn verschillende verklaringen - die elkaar niet hoeven uit te sluiten - naar voren gebracht. De meest voor de hand liggende verklaring is een daadwerkelijke toename van geestesstoornissen, zoals tijdgenoten beweerden, waarbij ze veelvuldig verwezen naar de invloed en druk van de moderniserende samenleving op individuen. Volgens de Canadese historicus E. Shorter zijn er aanwijzingen dat bepaalde psychiatrische en neurologische aandoeningen, namelijk neurosyfilis (tabes dorsalis en dementia paralytica), met alcoholisme verbonden stoornissen en wat in de twintigste eeuw schizofrenie ging heten, inderdaad meer voorkwamen dan voorheen.[110]

Anderen wijzen erop dat het stijgende aantal gestichten de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de krankzinnigenzorg vergrootten, waardoor opnamen gemakkelijker te realiseren vielen. Het aanbod schiep zo de vraag.[111] Eenmaal opgenomen nam de verblijfsduur van met name chronische krankzinnigen toe, ook vanwege hun stijgende levensverwachting. Een andere belangrijke factor was mogelijk de afnemende tolerantie voor afwijkend en storend gedrag en hulpbehoevendheid in de maatschappij en ook de verminderde bereidheid en mogelijkheid van gezinnen en families om de zorg voor gestoorde verwanten op zich te nemen, bijvoorbeeld in verband met urbanisatie, krappe huisvesting, loonafhankelijkheid en het onvermogen van geesteszieken om bij te dragen aan het gezinsinkomen. Bovendien liet de zorg voor krankzinnige verwanten zich moeilijk verenigen met het veranderde burgerlijke gezinsleven waarin huiselijkheid, intimiteit en emotionele wederkerigheid centraal kwamen te staan.

---

[109] Engstrom 2003; Oosterhuis 2000, 77-112; Goldstein 1987, 348-369; Dowbiggin 1991; Freeman 2005, 121.
[110] Shorter 1997, 53-64.
[111] Zie bijvoorbeeld Binneveld 1985.

De Engelse historicus A. Scull zoekt de achterliggende verklaring in de opkomst van de kapitalistische markteconomie en de daarbij horende liberale contractmaatschappij waarin rationeel handelen de overheersende gedragsnorm werd en die het traditionele - op persoonlijke banden, paternalisme en standen gebaseerde - sociale weefsel ondermijn-de. Naarmate mensen meer bloot kwamen te staan aan de werking van de anonieme markt en de gevolgen van de industrialisering, werd de verzorging van onproductieve verwanten problematischer. Bovendien kwam de inzet van werkkrachten in dienst te staan van een rationele organisatie van arbeid met het oog op een optimale productiviteit. Geestesstoornissen stonden de vorming van gedisciplineerde arbeidskrachten in de weg en daarom waren de lijders niet goed te handhaven in de maatschappij en evenmin in instellingen als armen- en tuchthuizen en gevangenissen waar de arbeidsethiek als richtsnoer voor heropvoeding ging gelden. Sociale ontwikkelingen als industrialisering en urbanisatie hebben de gestichtszorg volgens Scull bevorderd en de uitbreiding ervan versterkte op haar beurt dat krankzinnigheid eerder werd herkend en ervaren als probleem.[112]

Volgens de Franse socioloog R. Castel, de Duitse historicus D. Blasius, de Duitse psychiater K. Dörner en de Amerikaanse historici R. Nye, J. Goldstein en I. Dowbiggin hield de groei van de geïnstitutionaliseerde krankzinnigenzorg mede verband met het streven van de moderne gecentraliseerde en gebureaucratiseerde staat alsook de medische stand om afwijkend gedrag te controleren en onschadelijk te maken.[113] Dörner en Blasius wijzen erop dat in het Tweede Duitse Keizerrijk (1871-1918) de gestichten als onderdeel van de armenzorg steeds meer in de greep kwamen van schaalvergroting, bureaucratische regelgeving en ordehandhaving. De bestuurlijke definitie van krankzinnigheid als ordeprobleem dat dwang en politiemaatregelen vereiste, ging ten koste van therapeutische en humanitaire oogmerken. Mede vanwege de zwakke politieke positie van de liberale burgerij en van de parlementaire democratie kon de overheid haar greep op de krankzinnigenzorg als sociaal beheersingsinstrument verstevigen. In de Duitse *Ordnungspsychiatrie* genoten (arme) krankzinnigen minder bescherming tegen de overheid dan in andere West-Europese landen. Blasius betwijfelt dat de gestichtsbevolking groeide als gevolg van een afnemend maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigheid: tot aan het eind van de negentiende eeuw werden veel krankzinnigen door verwanten thuis verzorgd. Het kwam voor dat patiënten in inrichtingen werden vastgehouden tegen de wil van hun familie, zelfs als die bereid was de verzorging op zich te nemen.

Ook Castel, Nye, Goldstein en Dowbiggin zien de uitbreiding van de krankzinnigenzorg in de tweede helft van de negentiende eeuw in samenhang met het geïntensiveerde streven naar beteugeling van storend en ondermijnend gedrag. Terwijl in de Angelsaksische wereld de samenwerking van verwanten en de gestichten de belangrijkste drijvende kracht achter de toenemende institutionalisering vormde, zou in Frankrijk evenals in Duitsland het samenspel tussen de overheid en de medische stand een belangrijke rol hebben gespeeld. Nieuwe, respectievelijk nieuw gedefinieerde psychiatrische ziektebeelden als monomanie, insania moralis (morele waanzin), psychopathie, seksuele perversie en alcoholisme, waarbij niet zozeer de verstandelijke

---

[112] Scull 1979 en Scull 1993; vergelijk Dörner 1994.

[113] Dörner 1969; Castel 1976; Nye 1984; Goldstein 1987; Dowbiggin 1991; Blasius 1994; vergelijk Scull 1991.

vermogens als wel het gevoelsleven en morele besef zouden zijn aangetast, de grote invloed van de sociaal-biologische degeneratietheorie in de psychiatrie alsmede het ontstaan van de gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie, geven volgens hen aan dat medici de definitie van geestesziekte zodanig oprekten dat ook sociaal en moreel ongewenst gedrag eronder kwam te vallen. Deels ondersteund door de overheid, breidden artsen hun competentiegebied uit en namen ze functies van kerk, justitie en politie over. De gestichten zouden niet alleen dienen om te verzorgen en te genezen, maar ook om de grenzen tussen normaal en abnormaal te bewaken en mensen die niet konden voldoen aan de eisen van de moderniserende samenleving, te isoleren.

Hoe het ook zij, in de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde de afzondering van krankzinnigen in een gesticht zich van een betrekkelijk ongewone maatregel, voortgekomen uit ernstige noodzaak en voornamelijk in de steden, tot een steeds breder geaccepteerde, min of meer vanzelfsprekende reactie op waanzin. Het groeiende aantal gestichten, de grotere bekendheid onder het publiek ermee en een zich profilerende groep geneesheren die van de behandeling van krankzinnigheid hun specialisme maakte, waren factoren die bijdroegen aan de idee dat waanzinnigen zieken waren die niet konden deelnemen aan de samenleving.[114] De medische legitimatie maakte het voor de verwanten wellicht gemakkelijker hun krankzinnige familielid - immers voor zijn of haar eigen bestwil - aan een gesticht toe te vertrouwen. Voor patiënten betekende dat niet per definitie een verslechtering van hun levensomstandigheden. Gestichtsverpleging kon met name arme krankzinnigen verlossen van verwaarlozing en fysiek geweld in de eigen familiekring of in armen- en tuchthuizen. Ook is niet uit te sluiten dat sommigen baat konden hebben bij de afgeschermde leefwereld en rustgevende routine van gestichten.[115]

Naarmate de sterke toename van vooral chronische en ongeneeslijke krankzinnigen, die vroeger bij hun verwanten of in andere instellingen waren ondergebracht, de gestichtscapaciteit in de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw onder druk zette, groeide de kloof tussen ideaal en praktijk. Veel minder patiënten dan verwacht waren te genezen. De gestichten dienden niet alleen als geneeskundige instellingen voor geesteszieken, maar ze waren ook bewaarplaatsen voor met name arme hulpbehoevenden die zich in de maatschappij niet konden handhaven: zwakzinnigen, demente bejaarden, lijders aan allerlei organische kwalen, zoals epilepsie en andere neurologische aandoeningen, en gestoorde criminelen. In het gesticht werden zij onderworpen aan de dwang en routine van de 'totale institutie'. Krankzinnigengestichten kregen deels het karakter van tucht- en armenhuizen en qua geslotenheid en regime hadden ze veel weg van gevangenissen, kloosters en kazernes.[116] De overbevolking en grootschaligheid van de publieke gestichten stonden op gespannen voet met de voorwaarden voor de morele behandeling: kleinschaligheid en een persoonlijke, op vertrouwen gebaseerde verhouding tussen dokter en patiënt. In de massale, hiërarchische gestichten kregen orde, regelmaat, discipline en rust de prioriteit en kwam het streven naar genezing op de tweede plaats te staan, temeer omdat met de groei van het aantal patiënten de noodzaak om de kosten per patiënt te drukken des te noodzakelijker werd. Het gebrek aan therapeutisch succes, de toepassing van dwang en de ophef over arbitraire

[114] Porter 1991, 33.
[115] Zie Shorter 1997, 1-4.
[116] Binneveld 1985, 113; vergelijk Scull 1979 en Finzsch en Jütte 1996.

beslissingen omtrent opnamen bezorgden de overwegend vanwege de armenzorg gefinancierde krankzinnigenzorg een slechte reputatie in de publieke opinie.

Van de voorstellen om acute gevallen van krankzinnigheid, waarbij de kans op genezing groot zou zijn, te scheiden van chronische patiënten en om de laatsten tegen geringere kosten te verplegen, kwam over het algemeen weinig terecht en hetzelfde gold, deels vanwege de hogere kosten, voor alternatieven als gezinsverpleging, die reeds lang in het Belgische dorp Geel en rond de eeuwwisseling op bescheiden schaal ook in andere landen toepassing vond. Artsen, die hun greep op de krankzinnigenzorg hadden verstevigd, brachten vaak als bezwaar tegen alternatieven voor de gestichtsverpleging naar voren dat het medisch toezicht ontoereikend was. Het geringe aantal genezingen weten zij aan het feit dat krankzinnigen vaak niet tijdig werden opgenomen: het publiek en de overheid zouden niet doordrongen zijn van het belang van snel medisch ingrijpen. In Duitsland begonnen academische psychiaters zich van de gestichten te distantiëren. Met hun pleidooi voor breed toegankelijke psychiatrische klinieken in grote steden, waarin acute geesteszieken en ook zenuwlijders in een vroeg stadium van hun stoornis een medische behandeling ondergingen, zetten Griesinger en zijn geestverwanten zich af tegen de afgelegen krankzinnigengestichten op het platteland, die in hun ogen waren verworden tot louter bewaarinrichtingen.[117]

Gestichten waren volgens Griesinger ongeschikt om medische kennis over waanzin te vergaren. Aan diagnostiek en onderzoek naar de oorzaken ervan kwamen de met beheerstaken overbelaste gestichtartsen niet toe. Hun voornaamste doel was het bewaren van orde en rust: het veelvuldig gebruik van dwangmiddelen vormde volgens Griesinger een belemmering voor een objectieve waarneming van waanzin. Vooral in Duitsland en in mindere mate in Frankrijk ontstond een kloof tussen de universiteitspsychiatrie en de gestichtszorg.[118] Desalniettemin begonnen ook gestichtsgeneesheren zich in de laatste decennia van de negentiende eeuw te oriënteren op het medische model en de organisatie van algemene ziekenhuizen. Door middel van een scheiding tussen onbehandelbare en geneeslijke patiënten, de invoering van het kleinschalige paviljoensysteem en de introductie van bedverpleging, hydro- en elektrotherapieën probeerden zij de gestichten aan het eind van de negentiende eeuw het karakter van een ziekenhuis te geven. Daarnaast kwamen er psychiatrische en neurologische voorzieningen zoals psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, particuliere klinieken en zenuwartsenpraktijken, rust- en kuuroorden en sanatoria voor met name zenuwpatiënten. Vooral in particuliere instellingen lieten patiënten uit de hogere en middenklassen hun psychische stoornissen bij voorkeur als (somatische) zenuwkwalen behandelen omdat daaraan niet het sociale stigma van krankzinnigheid kleefde.[119]

1.1.2. *Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland*

Voor zover zinnelozen in Nederland voor het midden van de negentiende eeuw uit de maatschappij waren verwijderd, verbleven zij in gestichten, maar ook in gast-, tucht- en armenhuizen en gevangenissen. Met uitzondering van een aantal stadsgestichten - die in 's-Hertogenbosch en Utrecht stamden uit het midden van de vijftiende eeuw - waren deze

[117] Engstrom 2003, 51-87.
[118] Engstrom 2003; Goldstein 1987, 322-377.
[119] Shorter 1992, 216-217; Shorter 1997, 113-144; Oosterhuis 2000, 91-94, 118-125.

niet uitsluitend voor waanzinnigen bedoeld.[120] Plaatselijke autoriteiten beslisten over de internering van krankzinnigen die de openbare orde verstoorden of van wie de verwanten opsluiting verzochten vanwege overlast of overbelasting. Geneesheren zorgden in de regel voor een medische verklaring van waanzin, maar verder strekte hun bemoeienis zich doorgaans niet uit. In de eerste helft van de negentiende eeuw bestond er nog nauwelijks geneeskundige zorg voor krankzinnigen. Ze werden bewaakt door oppassers zonder scholing of specifieke opleiding en voor de bestrijding van onrust was lijfsdwang gangbaar. Krankzinnigen vormden vooral een probleem als de maatschappelijke orde in het geding was of als familieleden niet meer voor hen konden zorgen.

De in 1811 door de Fransen ingevoerde *Code Civil* bepaalde dat meerderjarigen die in een voortdurende staat van waanzin verkeerden, onder curatele kwamen te staan en door hun verwanten of in een gesticht moesten worden verzorgd. Drie jaar later maakte een Koninklijk Besluit het mogelijk om ook niet-chronische lijders die gevaarlijk of hinderlijk voor de samenleving waren, onder dwang voor ten hoogste een jaar - zo nodig was een verlenging met steeds een jaar mogelijk - in een gesticht te plaatsen.

> De Regtbanken van Eersten Aanleg zullen zijn bevoegd, om, op verzoek van Naastbestaanden, of wel ter requisitie van onze Officieren van Justitie, tot behoud van de goede orde, wering van openbare zedeloosheid of voorkoming van ongelukken, buiten form van proces, te confineren in een Verbeterhuis zoodanige personen, welke wegens zinneloosheid, verregaande verkwisting, of andere buitensporige en slechte gedragingen, voor de zamenleving ongeschikt zijn, of zich dezelve onwaardig hebben gemaakt, zoo lange zij geene merkbare blijken van beterschap geven.[121]

Een onderzoek naar het aantal krankzinnigen - een telling in het noordelijke deel van het nieuwe Verenigde Koninkrijk leverde ruim 1.200 op - en hun leefomstandigheden, dat het Ministerie van Binnenlandse Zaken op verzoek van koning Willem I in 1816 instelde, gaf twee jaar later aanleiding tot een nieuw Koninklijk Besluit. Dit 'Menschlievend Besluit' maakte gewag van de noodzaak van verbeterde en nieuwe gestichten uitsluitend voor krankzinnigen en stelde voorwaarden aan hun verzorging: genezing van de 'ongelukkigen' moest voorop staan en de provinciale besturen dienden toezicht uit te oefenen.[122]

Het bleef bij goede voornemens. Uit een onderzoek dat in 1825 plaatsvond en waarbij ruim 1.800 krankzinnigen werden geteld, bleek dat van geneeskundige zorg geen sprake was, dat de diverse instellingen, waarin ruim 700 van hen waren opgenomen, in geen enkel opzicht aan de gestelde eisen voldeden en dat van plannen tot nieuwbouw niets terecht was gekomen.[123] Ook nieuwe voorstellen van ambtenaren van de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, van de Gentse geneesheer J.

---

[120] Van der Esch 1975-1980, II: 3. Zie voorts 1.4.4. Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg.
[121] Besluit van den 12den Februarij 1814, no. 25, houdende voorschriften betrekkelijk het confinement, op verzoek van Naastbestaanden of ter requisitie der Officieren van Justitie, van Personen, door zinneloosheid of om andere redenen, voor de zamenleving ongeschikt. *Staatsblad*.
[122] Koninklijk Besluit 11 april 1818; Van der Esch 1975-1980, I: 12; Mooy 1964, 12.
[123] Van der Esch 1975-1980, I: 79. Een telling in 1838 leverde ruim 1900 krankzinnigen op, van wie meer dan 800 in instellingen waren ondergebracht. Zie De Graaf 1991, 86.

Guislain en van een staatscommissie die zich in het kader van de armenzorg boog over plannen tot grootschalige nieuwbouw van krankzinnigengestichten onder auspiciën van de rijksoverheid liepen op niets uit, onder meer vanwege de kosten, de perikelen van de Belgische afscheiding en het gebrek aan daadkracht van de centrale overheid. De armenzorg, waarvan de krankzinnigenzorg deel uitmaakte, was in handen van locale overheden en vooral particuliere, grotendeels kerkelijke, initiatieven en deze lieten geen directe staatsbemoeienis toe - de Armenwet van 1854 zou deze constellatie bezegelen.[124]

Enkele ambtenaren op het Ministerie van Binnenlandse Zaken, onder wie de referendaris van het Armwezen C.J. Feith, en vernieuwingsgezinde medici, met name J.L.C. Schroeder van der Kolk, bleven aandringen op verbeteringen. Als hoogleraar geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht schonk Schroeder van der Kolk, later betiteld als 'de Nederlandsche Pinel', in de jaren dertig in zijn onderwijs aandacht aan geestesziekte.[125] Als geneesheer van het Buitengasthuis in Amsterdam en als regent van het Utrechtse gesticht van de Willem Arntsz Stichting was hij bij de praktijk van de krankzinnigenzorg betrokken. Behandel krankzinnigen niet langer als wilde beesten, zo luidde zijn boodschap, maar voed ze op als kinderen door middel van doelmatige straf en beloning. Ook pleitte hij voor de nodige geneeskundige voorzieningen zoals medicamenten en baden, de introductie van arbeid, ontspanningsmogelijkheden, godsdienstoefening en de scheiding van verschillende categorieën patiënten naar sekse, stand en rustig dan wel onrustig gedrag.

Op basis van Schroeder van der Kolks aanwijzingen onderging het Utrechtse gesticht in 1831 een verbouwing, hetgeen navolging vond in de gestichten van Deventer en Zutphen. In 1837 hield hij als rector-magnificus een rede waarin hij de slechte leefomstandigheden van krankzinnigen aan de kaak stelde en aandrong op verbetering van de zorg - 'met zachtheid en voorzigtigheid' - en geneeskundige behandeling.[126] Schroeder van der Kolk, die erop wees dat Nederland achterliep bij andere landen, vond gehoor bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Het Ministerie vroeg hem een rapport op te stellen omtrent de eisen waaraan krankzinnigengestichten moesten voldoen. Dit rapport, getiteld *Verslag over de beste wijze van verbetering der Krankzinnigengestichten in ons Vaderland*, diende hij eind 1837 in. Op basis hiervan stelde het Ministerie een circulaire op die de provinciebesturen in mei 1838 ontvingen onder bijvoeging van een tweetal geschriften van de Utrechtse hoogleraar, te weten *Schets der volstrekte vereischten van een goed gesticht tot genezing van krankzinnigen, en der wijze van beheer van het zelve* en de bovenvermelde rectorale rede.[127] In plaats van grootschalige rijksgestichten en radicale vernieuwing werd nu, op basis van praktische overwegingen van 'doeltreffendheid, eenvoudigheid, onkostbaarheid en uitvoerbaarheid' ingezet op kleinere provinciale inrichtingen en geleidelijke verbeteringen van de bestaande stadsgestichten naar Utrechts voorbeeld.[128]

Het belangrijkste resultaat van het hervormingsstreven was de Krankzinnigenwet, die in 1841 tot stand kwam, en waarvoor Schroeder van der Kolk samen met Feith de voorzet gaf. Deze omvatte regelgeving omtrent opname en ontslag van krankzinnigen in

---

[124] Van der Esch 1975-1980, I: 12-15; Binneveld en Van Lieburg 1979, 15-21; Binneveld 1985, 44-73.
[125] Van Geuns 1888, 179. Over Schroeder van der Kolk zie Van der Esch 1954.
[126] Mooy 1964, 14.
[127] Vijselaar 1985b, 273-274.
[128] Van der Esch 1975-1980, I: 16.

en uit een gesticht, het beheer van hun bezittingen, hun registratie, de geneeskundige functie van gestichten en het overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg. De wetstekst was doordrenkt van optimisme en goede bedoelingen. De wetgever maakte gewag van 'de voortgang der Wetenschappen' en verwachtte 'dat de herstelling der krankzinnigen aanmerkelijk bevorderd wordt, door eene spoedige geneeskundige behandeling, in daartoe meer in het bijzonder ingerigte gestichten'.[129] De wet introduceerde een onderscheid tussen geneeskundige gestichten ten behoeve van de behandeling van geesteszieken en bewaarplaatsen, bedoeld om ongeneeslijke, chronische krankzinnigen langdurig van de maatschappij af te zonderen. De laatste instellingen moesten zodanige verbeteringen doorvoeren dat ze in aanmerking kwamen voor het predikaat geneeskundig of ze dienden op termijn te verdwijnen: oudere bewaarplaatsen die tekortkomingen vertoonden zouden hun deuren moeten sluiten en nieuwe waren niet meer gewenst.

Het was de bedoeling dat krankzinnigen voortaan zoveel mogelijk en, met het oog op een effectieve behandeling, het liefst zo spoedig mogelijk, in geneeskundige, uitsluitend voor hen bestemde gestichten werden ondergebracht. Bepalingen omtrent de kwaliteit en de capaciteit van de verpleging ontbraken echter. Wel kregen provinciebesturen de taak om - binnen of buiten hun provincie - voor voldoende plaatsingsruimte te zorgen voor krankzinnigen voor wie opname was vereist. De invoering van het 'oppertoezigt der Regering' met wettelijke bevoegdheden, uitgeoefend door een ambtenaar van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en een geneesheer - de eerste inspecteurs waren Feith en Schroeder van der Kolk - gold voor zowel particuliere als gemeentelijke instellingen.[130] De inspectie, die voor ieder gesticht eens in de drie jaren was voorgeschreven, omvatte de inrichting en het bestuur, de rechtmatigheid van de opnamen, het gedurende de eerste vier weken na de opname dagelijks bijhouden van de patiëntendossiers en de zorg en behandeling van de patiënten. Ondeugdelijk bevonden instellingen kon de overheid op advies van de inspecteurs sluiten, nadat de provinciale besturen waren gehoord.

Onder krankzinnigen verstond de wet 'allen die van het geheel of gedeeltelijk vrije gebruik van hunne verstandelijke vermogens beroofd zijn'. Hoewel een geneeskundige moest bepalen of iemand krankzinnig was, volstond een medische verklaring niet om een krankzinnige in een gesticht op te nemen. Hiervoor was een civielrechtelijke machtiging van de president van de Arrondissementsrechtbank - ook indien een meerderjarige patiënt zelf opname gewenst achtte - dan wel een (voorlopige) inbewaringstelling op gezag van de burgemeester (in afwachting van een definitieve rechterlijke beslissing) vereist.[131] Familieleden of de Officier van Justitie konden een verzoek tot een rechterlijke machtiging indienen. De Krankzinnigenwet legde derhalve de eindverantwoordelijkheid voor gestichtsopname bij de rechter.

Schroeder van der Kolk had dit anders gewild. Hem stond namelijk een wet voor ogen die opname mogelijk maakte zonder tussenkomst van de rechter, zoals die in de

---

[129] Geciteerd in Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1841, artikel 1.
[130] Van der Esch 1975-1980, I: 19.
[131] Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving'. In hoeverre van de mogelijkheid tot een dergelijke 'vrijwillige' opname (op eigen initiatief van de patiënt) gebruik is gemaakt, is ons niet bekend.

Franse Krankzinnigenwet van 1838 was geregeld.[132] De Minister van Justitie C.F. van Maanen achtte het echter in strijd met de Grondwet, het Burgerlijk Wetboek en de Nederlandse rechtstraditie als buiten de rechter om over de vrijheid van burgers werd beschikt. Voor gestichtsopname was volgens de minister de rechterlijke machtiging een absolute vereiste.[133] Anders dan Frankrijk en bijvoorbeeld ook België, dat met de Krankzinnigenwet van 1850 het Franse voorbeeld volgde, koos Nederland hiermee voor een opnameprocedure die nimmer buiten de rechter om kon plaatsvinden. De juridische dimensie van de krankzinnigenzorg werd nog eens geaccentueerd door de controlerende taak die de Officier van Justitie kreeg toegemeten: deze diende erop toe te zien dat patiënten niet wederrechtelijk waren opgenomen en dat hun een goede behandeling ten deel viel. Desalniettemin was het oordeel van de geneesheer van cruciaal belang: zonder een medische verklaring kon de rechter immers geen machtiging tot opname verlenen. In de besluitvorming bij een gestichtsopname waren rechter en arts afhankelijk van elkaar.

De rechterlijke machtiging gold voor een jaar en deze was twee maal te verlengen, telkens voor een jaar, als de gestichtsgeneesheer verdere verpleging noodzakelijk achtte. Voor ontslag uit het krankzinnigengesticht was geen rechterlijke toestemming nodig. Indien de geneesheer van oordeel was dat een patiënt geheel dan wel 'genoegzaam' was hersteld, kon het gestichtsbestuur zonder meer tot ontslag overgaan. Alleen als de geneesheer aangaf dat ontslag gepaard ging met 'gevaar voor de openbare orde of vrees voor ongelukken', werd het openbaar ministerie van de rechtbank, die de machtiging tot opname had verleend, opnieuw ingeschakeld en kon de rechter het ontslag verhinderen. Als een patiënt na drie jaar nog niet hersteld was verklaard, werd verondersteld dat er sprake was van een voortdurende staat van krankzinnigheid. Het Burgerlijk Wetboek van 1838 bepaalde dat meerderjarigen die in 'gedurige staat van onnozelheid, krankzinnigheid of razernij' verkeerden onder curatele moesten komen te staan. Deze bepaling voorzag alleen in opneming van langdurig krankzinnigen in gestichten, en had geen betrekking op recente en acute gevallen van krankzinnigheid. Door voor de laatsten een driejarige termijn (een rechterlijke machtiging voor een jaar, die twee keer kon worden verlengd) in te voeren, onderving de Krankzinnigenwet van 1841 deze lacune.[134]

De Nederlandse Krankzinnigenwet was in zekere zin paradoxaal. De noodzakelijke rechterlijke machtiging tot gestichtsopname bracht, in theorie althans, voor de opgenomen krankzinnige een extreme mate van onvrijheid en afhankelijkheid met zich mee. Weliswaar was er geen sprake van een strafrechtelijk vonnis en onderscheidde opname in een krankzinnigengesticht zich van gevangenisdetentie, maar toch zullen de betrokkenen gestichtsverpleging wellicht eerder als opsluiting dan als geneeskundige maatregel hebben ervaren. Tegelijkertijd bood de wet garanties tegen een onrechtmatige inbreuk op de burgerlijke vrijheden. De rechter diende er immers, als bewaker van de wettelijk vastgelegde burgerrechten, op toe te zien dat de vrijheidsberoving op een legitieme wijze plaatsvond.

In hoeverre leidde de Krankzinnigenwet tot een daadwerkelijke verbetering van de krankzinnigenzorg? In hun eerste inspectierapport (1842) maakten Schroeder van der Kolk en Feith gewag van misstanden in tal van gestichten. Vooral met het Buitengasthuis

---

[132] Van Geuns 1888, 90-144; Prestwich 2003.
[133] Zie Vijselaar 1985b, 280-281.
[134] Van der Esch 1975-1980, I: 17; Mooy 1964, 15.

in Amsterdam was het droevig gesteld. Er heerste, in hun woorden, 'eene verschrikkelijke ellende, morsigheid, dierlijkheid en onrust.'[135] Lof hadden zij daarentegen voor het Nijmeegse Cellebroederenhuis. De 'door menschenliefde' gedreven oppasser J. van Duuren had samen met zijn vrouw de patiënten uit hun cellen en van hun ketenen bevrijd en hen met arbeid beziggehouden. Op voordracht van de inspecteurs, die zijn aanpak voorbeeldig achtten, werd Van Duuren een ridderorde verleend.[136] In hun inspectierapport over de jaren 1844-1846 gaven Schroeder van der Kolk en Feith hoog op van de verbeteringen in de levensomstandigheden in de gestichten, die dankzij de Krankzinnigenwet tot stand waren gekomen. 'In dien korten tijd [is] de ellendigste en dikwijls menschonteerende wijze van verplegen dier ongelukkigen, overal in een zachte, menschlievende en doelmatige behandeling veranderd.'[137] Ook hun latere rapporten getuigen van tevredenheid over de bereikte resultaten, al signaleerden zij in het verslag over de jaren 1851-1853 wel dat nog lang niet alle gestichten een geneesheer met een volle dagtaak hadden aangesteld. De Dordrechtse gestichtsarts N.B. Donkersloot schreef in 1870 dat de Nederlandse inrichtingen voor krankzinnigen, 'zelfs naar het oordeel van bevoegde buitenlanders', de toets der vergelijking met andere landen zeer goed konden doorstaan, en daarbij zelfs een vrij hoge positie innamen.[138]

Inderdaad waren diverse gestichten die niet aan de wettelijke vereisten voldeden, opgeheven en hadden andere verbeteringen doorgevoerd. Van de 31 gestichten die Nederland eind 1842 telde, waren er in 1843 nog maar 25 over. Ook in de daaropvolgende jaren gingen tal van ondermaatse bewaarplaatsen dicht. In 1850 bestonden er naast elf geneeskundige gestichten nog zes bewaarplaatsen. Vijftien jaar later waren er nog maar 2 bewaarplaatsen en ze verdwenen definitief in 1884 toen de tweede Krankzinnigenwet van kracht werd.[139] Met de geneeskundige gestichten bleef het evenwel over het algemeen tamelijk slecht gesteld, de positieve geluiden van de Inspectie en Donkersloot ten spijt.[140] Vernieuwingsgezinde geneeskundigen drongen aan op de bouw van nieuwe geneeskundige gestichten op het platteland, waar rust, ruimte, mogelijkheden tot arbeid in de open lucht en afzondering van de samenleving hun heilzame invloed zouden kunnen uitoefenen. Hiervan kwam vooralsnog niet veel terecht. De enige uitzondering was het in 1849 geopende gesticht van de provincie Noord-Holland, Meerenberg. Dit gesticht, gelegen in het duingebied bij Bloemendaal, was, naar verluidt, het eerste op het vasteland van Europa waarin, naar Engels voorbeeld, fysieke dwangmiddelen zoals dwangbuizen en -stoelen waren afgeschaft.[141] Weliswaar kwamen in de daarop volgende twee decennia nog twee nieuwe gestichten tot stand, dat in Franeker (1851) en Coudewater te Rosmalen (1870), maar de huisvesting bestond uit bestaande gebouwen.[142]

De andere geneeskundige gestichten die als zodanig erkenning verkregen, waren gevestigd in oude stadsgestichten of andere bestaande bebouwingen. Ten einde tegemoet te komen aan de wettelijke voorschriften ondergingen deze verbouwingen en renovaties.

---

[135] Vijselaar 1997b, 15.
[136] Van der Esch 1949, 12-13; Rombouts 1949, 139.
[137] Geciteerd in Van der Esch 1975-1980, I: 23.
[138] Donkersloot 1870, 3.
[139] Van der Esch 1975-1980, I: 22-23.
[140] De Graaf en Beumer 1991, 41; Van der Esch 1975-1980, I: 21-30.
[141] Zie Vijselaar 1997c, 49-51.
[142] Zie Van Heemstra 1951 respectievelijk Jongmans 1971 en Jongmans 1985.

Dit nam niet weg dat de outillage van de meeste gestichten gebrekkig bleef en dat het verblijf daarin voor zowel patiënten als personeel verre van aangenaam moet zijn geweest. De sterftecijfers waren hoog en besmettelijke ziekten kwamen regelmatig voor. Krankzinnigen waren niet altijd van andere, lichamelijk zieke of gebrekkige gestichtsbewoners gescheiden en de verzorging liet veel te wensen over. Van verpleging was nog geen sprake: de oppassers die voornamelijk tot taak hadden om de patiënten te bewaken, waren niet voor dit werk geschoold, en het verloop onder hen was groot. Lijfsdwang en cellulaire opsluiting bleven in zwang en mishandeling van patiënten kwam voor.[143]

De wijze waarop bijvoorbeeld het Rotterdamse pest- en dolhuis een transformatie onderging tot geneeskundig gesticht en als zodanig in 1861 erkenning verwierf, is waarschijnlijk illustratief voor de krankzinnigenzorg in het algemeen.[144] De geneesheer, die slechts in deeltijd in het gesticht werkte, kon weinig invloed uitoefenen op de inrichting en het beheer van het gesticht. De vereiste segregatie van krankzinnigen van andere hulpbehoevenden verliep zeer langzaam en pas een kleine twintig jaar na de invoering van de Krankzinnigenwet kregen zij een apart onderkomen. Het uitblijven van nieuwbouw en renovatie, die pas vanaf 1856 op gang kwamen, belemmerde de toepassing van de zedenkundige behandeling, zoals de morele behandeling hier heette. De arbeid die de patiënten verrichtten was vrij zinloos. Het stadsbestuur trachtte de Inspectie voortdurend te bewegen haar maatstaven te verlagen.

Ook in andere gestichten ontbrak het aan mogelijkheden om de geneeskundige doelstelling van de krankzinnigenzorg te verwerkelijken, hoewel geneesheren, mede op aandringen van Schroeder van der Kolk, niet terughoudend waren bij het toedienen van medicijnen en zij daarnaast hydrotherapie voor de meest uiteenlopende vormen van krankzinnigheid aanwendden. De toepassing van de zedenkundige behandeling en van de *non-restraint* methode stelde eisen aan de ruimtelijke indeling en de scheiding van verschillende categorieën rustige en onrustige, handelbare en onhandelbare patiënten. Daaraan konden de Nederlandse gestichten, met uitzondering van Meerenberg, moeilijk voldoen. Het ontbrak over het algemeen aan rust en ruimte en aan voldoende geneeskundigen. De heilzaam geachte landarbeid was meestal niet mogelijk omdat de stadsgestichten niet beschikten over de benodigde grond op het platteland. Wel vonden elementen van de zedenkundige behandeling zo goed en zo kwaad als het ging ingang: werkverschaffing, godsdienstbeoefening ter bevordering van zelfbeheersing, ontspanningsmogelijkheden en soms wat onderwijs.[145]

Vooral na 1860 kregen veel gestichten met overbevolking te kampen. Vanaf hun verslag over de jaren 1860-1863 wezen de inspecteurs herhaaldelijk op het landelijk gebrek aan plaatsruimte.[146] De opnamecijfers bleven stijgen en het verdwijnen van veel bewaarinstellingen werd onvoldoende gecompenseerd door nieuwe plaatsruimte in geneeskundige gestichten, die in steden nauwelijks de mogelijkheid hadden uit te breiden. Tussen 1850 en 1884 verviervoudigde het aantal verpleegden - van ruim 1.200 tot meer dan 4.900 - terwijl de Nederlandse bevolking in die periode met zo'n dertig

[143] Van der Esch 1975-1980, I: 42-45.
[144] Binneveld 1985, 74-102.
[145] Van der Esch 1975-1980, I: 33-42.
[146] Van der Esch 1975-1980, I: 26.

procent, van ruim drie tot nog geen vier miljoen groeide.[147] Een geringer aantal gestichten moest een beduidend groter aantal krankzinnigen dan voorheen huisvesten. Hoewel de genezing als doelstelling van de krankzinnigenzorg was erkend, bleef een opname, vaak gefinancierd door de armenzorg, dikwijls eerder een ordemaatregel ten einde de familie, de naaste omgeving of de samenleving van overlast te verlossen dan een medische ingreep. Vooral krankzinnigen die storend, agressief of schrikwekkend gedrag vertoonden, kwamen in een gesticht terecht. Wellicht werden sommigen van hen, als ze gewelddadig gedrag vertoonden, in hechtenis genomen: pas vanaf 1871 was het verboden om krankzinnigen in gevangenissen op te sluiten.[148]

De doorvoering van hervormingen in de Nederlandse krankzinnigenzorg was halfslachtig. Het voorbeeld van Utrecht - aanpassing van de bestaande instelling in plaats van nieuwbouw - bood de provinciale en gemeentelijke overheden de mogelijkheid om een kostbare, grootschalige vernieuwing van de krankzinnigenzorg uit de weg te gaan en verbeteringen langzaam en met geringe kosten door te voeren. Dat verbeteringen vaak lang op zich lieten wachten was in de eerste plaats te wijten aan de onwil van rijk, provincies en gemeenten om deze financieel te ondersteunen. Mede door de decentralisatie van het bestuur en de geringe daadkracht van de rijksoverheid - in dit opzicht verschilde Nederland van landen als Frankrijk en Pruisen - konden zij de verantwoordelijkheid op elkaar afschuiven en hun activiteiten beperken tot een ondersteuning van particuliere initiatieven. De provinciebesturen dienden volgens de Krankzinnigenwet te voorzien in voldoende verpleegruimte voor krankzinnigen, maar dat betekende niet dat zij de verplichting hadden om inrichtingen op te zetten. De provincie Noord-Holland vormde een uitzondering. Vooral dankzij de inspanningen van enkele Amsterdamse en Haarlemse stadsbestuurders en een groep geëngageerde geneeskundigen in de hoofdstad kwam Meerenberg tot stand, een gesticht dat voldeed aan de toenmalige geneeskundige maatstaven en dat een internationale reputatie verwierf.[149] De andere provincies maakten, waar mogelijk, gebruik van de bestaande stedelijke en particuliere instellingen in de eigen provincie. Provincies waar voorzieningen ontbraken (Groningen, Drenthe en Zeeland) of waar de capaciteit van de bestaande gestichten niet toereikend was (Gelderland en Limburg), sloten contracten met gestichten elders. De ongelijkmatige spreiding van de gestichten over het land bracht met zich mee dat veel patiënten op grote afstand van hun woonplaats en verwanten waren ondergebracht. De Krankzinnigenwet kon nieuwbouw niet afdwingen en stelde geen limiet aan het aantal patiënten in de toch al vaak nauw bemeten gestichten.

Vergeleken met Groot-Brittannië ontbrak het in Nederland aan maatschappelijk engagement ter verbetering van de krankzinnigenzorg. De leefomstandigheden van krankzinnigen gaven nauwelijks aanleiding tot openbare discussies en trokken weinig aandacht van politici.[150] Hervormingsvoorstellen die de inspecteurs van het Staatstoezicht en geneeskundigen lanceerden, zoals de bouw van nieuwe gestichten op het platteland, de invoering van gezinsverpleging, een grotere verantwoordelijkheid van de overheid, vereenvoudiging van de opnameprocedure en nieuwe wetgeving - vooral de noodzakelijke rechterlijke machtiging was veel geneeskundigen een doorn in het oog -

---

[147] Van der Esch 1975-1980, I: 23; Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut 2003, 13.
[148] Van der Esch 1975-1980, III: 77.
[149] Vijselaar 1997b, 28-32.
[150] Binneveld 1985, 68.

liepen vooralsnog op niets uit. De Nederlandse krankzinnigenzorg onderscheidde zich van de Duitse, Franse en Engelse door een geringere invloed van medici. Zij kregen wel een taak op het gebied van diagnose en behandeling, maar de mogelijkheden daartoe waren beperkt in de meeste Nederlandse gestichten. Weer met uitzondering van Meerenberg waren zij ondergeschikt aan de regentencolleges en kerkelijke besturen, die de gestichten beheerden. Veel gestichten bleven lange tijd verstoken van een inwonend geneesheer in vaste dienst. Mede door het gebrek aan een carrièreperspectief en de geringe mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te verrichten, was de functie van gestichtsgeneesheer weinig aantrekkelijk voor ambitieuze medici.[151] Er was dan ook een tekort aan artsen in de krankzinnigenzorg en hun deskundigheid was niet altijd optimaal. De organisatie van gestichtsartsen en de vorming van het medisch specialisme psychiatrie kwamen in Nederland twee à drie decennia later op gang dan in Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland.

De loopbaan van J.N. Ramaer, een van de eerste geneesheren in Nederland met een voltijdse betrekking in een gesticht, is illustratief voor de zwakke positie van medici in de krankzinnigenzorg. Het krankzinnigengesticht te Zutphen waar Ramaer van 1842 tot 1863 werkte, was verbouwd en heringericht volgens de richtlijnen die in 1838 door Schroeder van der Kolk waren opgesteld en het kreeg spoedig na de inwerkingtreding van de Krankzinnigenwet officieel erkenning als geneeskundig gesticht. Desondanks moest Ramaer vaststellen dat het niet geschikt was voor de toepassing van de zedenkundige behandeling en het principe van de *non-restraint*, niet alleen vanwege de ligging en het gebrek aan faciliteiten, maar vooral ook vanwege de bestuurlijke verhoudingen die de geneesheer te weinig zeggenschap boden over de levensomstandigheden in het gesticht. In zijn strijd voor meer invloed moest hij het eind jaren vijftig afleggen tegen de regenten en de beheerders van het gesticht en hij vertrok uiteindelijk naar Delft om daar geneesheer-directeur van het plaatselijke gesticht te worden.[152] In 1869 nam Ramaer ook daar ontslag om zich volledig op zijn praktijk aan huis te concentreren. Ramaer was van mening dat een goede krankzinnigenzorg alleen mogelijk was indien de geneesheer als directeur met ongedeeld gezag de leiding had over alle aspecten van het gestichtsleven.[153] In 1871 werd hij benoemd tot inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en nam hij het initiatief tot de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie.

Deze vereniging zou een belangrijke rol spelen in de vorming van het psychiatrisch vak en de veranderingen die de krankzinnigenzorg in de laatste decennia van de negentiende eeuw doormaakte. Alvorens wij hierop ingaan zullen wij in het volgende hoofdstuk de bredere maatschappelijke ontwikkelingen belichten die van belang zijn om het toegenomen collectieve engagement van de gestichtsgeneesheren en de resultaten daarvan te begrijpen.

---

[151] Van der Esch 1975-1980, I: 24, 51.
[152] Vijselaar 1995a; over Ramaer zie ook Ariëns Kappers 1917.
[153] Ramaer 1871, 12-13.

1.2. De uitdagingen van de moderne massamaatschappij

De grondwetswijziging van 1848 vestigde de liberale rechtsstaat en het parlementaire stelsel in Nederland. Met de verkrijging van fundamentele vrijheidsrechten - de onaantastbaarheid van bezit en privé-sfeer; vrijheid van godsdienst, levensovertuiging, meningsuiting en pers; het recht tot vereniging, vergadering en betoging - werden alle Nederlanders gelijkwaardige burgers voor de wet. Van democratie in de zin van volksinvloed op het bestuur was echter nog geen sprake, aangezien het censuskiesrecht vooralsnog beperkt bleef tot de bovenlaag van de bevolking die beantwoordde aan de liberale criteria voor actief staatsburgerschap: eigendom, onafhankelijkheid, redelijk inzicht en verantwoordelijkheidsbesef. Volwaardig burgerschap was niet zozeer een geboorterecht als wel een status die moest worden verdiend. Productieve deugd - arbeidzaamheid, spaarzaamheid en nuttigheid - vormde het onderscheidende criterium, dat in schril contrast stond met het vermeende parasitisme van zowel arbeidsschuwe paupers als aristocratische nietsnutten. Het liberale burgerschapsidee had een sterk utilitair karakter: door zich met name economisch te ontplooien en al calculerend - met respect voor de rechten van anderen - hun eigen nut te maximaliseren, konden individuen zich als volwaardig burger kwalificeren. Daarnaast zou het onderwijs moeten zorgen voor geestelijke verheffing.

Het liberaal-burgerlijke bestel kenmerkte zich door een paradoxale combinatie van enerzijds formele openheid en gelijkheid - de burgerlijke verworvenheden zouden een algemene geldigheid bezitten en in principe voor allen toegankelijk zijn - en anderzijds feitelijke geslotenheid en hiërarchie: ook al bestonden er geen formele standsverschillen, de kleine groep van volwaardige staatsburgers die beschikte over actief en passief kiesrecht, onderscheidde zich van de massa die om economische en culturele redenen was uitgesloten van politieke participatie.[154] In de laatste drie decennia van de negentiende eeuw kwamen de dominantie van de liberale burgerij en het exclusieve staatsburgerschap echter onder druk te staan. Mede als gevolg van de beginnende industrialisering en de groeiende economie, de toenemende geografische en sociale mobiliteit en het ontstaan van een *civil society* op nationale schaal, deden tot dan toe buitengesloten en achtergestelde bevolkingsgroepen zich gelden.[155]

In economisch opzicht gaven de laatste decennia van de negentiende eeuw - later dan in de buurlanden - een accentverschuiving te zien van een agrarisch-ambachtelijke naar een industriële productiewijze, die zich weerspiegelde in een veranderende beroepsstructuur. Terwijl in het midden van de negentiende eeuw het grootste deel van de werkende bevolking (meer dan 40 procent) nog in de landbouw en visserij werkzaam was, handel en dienstverlening werk boden aan ongeveer 30 procent en de nijverheid met nog geen kwart de kleinste sector vormde, was het aandeel van zowel de handel en diensten als de industrie aan het begin van de twintigste eeuw gegroeid - tot respectievelijk een kleine 40 procent en bijna een derde - en dat van de agrarische sector gezakt tot onder de 30 procent.[156] Deze tendens zette zich, hoewel in een langzamer tempo, in de twintigste eeuw voort. De verandering in de economische structuur ging

[154] Hemerijck, Simonis en Lehning 1992; Van Gunsteren 1992b; Te Velde en Aerts 1998.
[155] Bax 1988; De Beus, Van Doorn en Lehning 1989; Knippenberg en De Pater 1990; Van den Brink 1996; Bosmans 1988, 402.
[156] De Regt 1984, 18; vergelijk Horlings 2001, 232.

gepaard met de vorming van een industriële arbeidersklasse, een vermindering van het aantal zelfstandige beroepsbeoefenaren en een toename van het aantal loontrekkers.[157] De industrialisering bevorderde de verstedelijking (die in Nederland vanouds al op een hoog niveau lag): het inwonertal van de vier grootste steden groeide in de laatste drie decennia van de negentiende eeuw met meer dan 100 procent en dat van de middelgrote steden met meer dan 60 procent, terwijl de aanwas van de plattelandsbevolking nog geen 20 procent bedroeg.[158] Aanvankelijk was de Nederlandse industrie kleinschalig en gericht op de productie van consumptiegoederen, maar vanaf de jaren negentig kwamen de grootschalige metaalnijverheid, scheeps- en machinebouw en de chemische industrie tot ontwikkeling en werd de basis gelegd voor technologische innovatie en de expansie van grote ondernemingen.[159]

Als gevolg van de economische groei vanaf de jaren zeventig en de versnelling daarvan vanaf de jaren negentig tot de Eerste Wereldoorlog verbeterden de materiële levensomstandigheden van een groot deel van de bevolking. Tussen 1860 en 1900 halveerde de werkloosheid en steeg het reële inkomen met gemiddeld 150 procent. Vanaf 1880 verminderde het aantal mensen dat van de armenzorg afhankelijk was, werd de inkomensongelijkheid minder groot, daalde de sterfte en verbeterde de volksgezondheid als gevolg van betere voeding en hygiënische maatregelen, waardoor besmettelijke ziekten werden teruggedrongen. Een toenemend deel van de bevolking toonde zich ontvankelijk voor een moderne, dynamische levenshouding in de zin dat het bestaan minder werd ervaren als een onvermijdelijk lot en meer als beïnvloedbaar en verbeterbaar. Dit bleek bijvoorbeeld uit de daling van het geboortecijfer en een stijging van de gemiddelde levensduur.[160]

In het eerste driekwart van de negentiende eeuw bleven het gezichtsveld en de mobiliteit van de meeste Nederlanders beperkt tot de eigen woonplaats of regio. Vooral de voltooiing van het spoorwegnet en een grotere verbreiding van dagbladen droegen vanaf de jaren zestig bij tot een toenemende maatschappelijke betrokkenheid op nationale schaal, het eerst onder de burgerlijke elite, maar geleidelijk aan ook onder bredere lagen van de bevolking. De emancipatiebewegingen van orthodoxe protestanten en katholieken, die de basis legden voor de verzuiling, alsook de arbeidersbeweging zorgden voor de sociaal-politieke mobilisering van een steeds groter deel van de Nederlanders.[161] De verzuiling, de koppeling van levensbeschouwing aan politieke en maatschappelijke organisatievorming, vormde niet alleen een reactie op wat de confessionelen als verwerpelijke godsdienstige vrijzinnigheid en dreigende secularisering zagen, maar was tegelijkertijd ook nauw verbonden met het ontstaan van een democratiserende massasamenleving. Door vorming van de orthodox-protestantse, katholieke en sociaal-democratische zuilen maakten geografische verdeeldheid en lokale bindingen deels plaats voor levensbeschouwelijke banden en tegenstellingen op nationale schaal. De leiders mobiliseerden hun achterban met de moderne middelen van massapolitiek (partijvorming, ideologie, massabijeenkomsten en charismatisch leiderschap) en maatschappelijke

---

[157] De Regt 1984, 18.
[158] De Regt 1984, 24.
[159] Smits 1999.
[160] Smits 1999; De Rooy 2002, 125-126; Van der Stel 1995, 128-129, 138; Houwaart 1991, 289-290; Verdoorn 1981; Van Poppel 2001.
[161] Knippenberg en De Pater 1990; Bax 1988, 112; Van den Brink 1996; Te Velde 1998, 193.

zelforganisatie, zoals vak-, school-, woningbouw-, en vrijetijdsverenigingen, en collectieve verzekeringen.[162]

In Nederland hebben de industrialisatie en het toenemende sociaal-politieke activisme niet zo polariserend en ontwrichtend gewerkt als in andere landen. De politieke democratisering, die in 1917 en 1919 uitmondde in het algemeen kiesrecht voor mannen en vrouwen, verliep geleidelijk. De tegenstelling tussen kapitaal en arbeid werd afgezwakt door de standen- en klassenoverschrijdende organisatie op basis van godsdienst en een zekere wederzijdse accommodatie tussen de burgerlijke liberalen, de confessionelen en het reformistische deel van de arbeidersbeweging. Het emancipatiestreven van de laatste groepen was ondanks de vernieuwings- en verzetsretoriek overwegend gericht op maatschappelijke integratie. Daarbij oriënteerden hun leiders zich voor een groot deel op burgerlijke waarden, die een minder standsgebonden en een meer algemene betekenis als nastrevenswaardige burgerschapsidealen en als bindmiddel van de natie kregen. Centraal stond daarbij het belang van zelfbeheersing en verantwoordelijkheidsbesef: de intoming van onwillekeurige impulsen en het uitstel van onmiddellijke behoeftebevrediging ten behoeve van een verbetering van het levenspeil en de maatschappelijke positie op de langere termijn. Deze waren te realiseren door een arbeidzaam en productief bestaan, spaarzaamheid, zelfredzaamheid, ordebesef en plichtsbetrachting. Ook konden gezinswaarden, het streven naar zedelijke verheffing en een evenwichtige balans tussen individuele zelfstandigheid en gemeenschapszin op algemene instemming rekenen. De geschoolde arbeidersklasse, die een meer gerespecteerde levensstijl en sociale stijging en zekerheid nastreefde, nam bepaalde burgerlijke waarden bereidwillig over. In velerlei opzicht zetten de confessionele en sociaal-democratische elites het al eerder op gang gekomen burgerlijke beschavingsoffensief voort.[163]

Het streven naar volksverheffing, waarvoor met name de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en protestantse groeperingen als het Réveil en de Inwendige Zending zich al langer hadden ingezet, kreeg in de laatste decennia van de negentiende eeuw een krachtige impuls en wijdere verbreiding. De maatschappelijke veranderingen riepen bezorgde en cultuurpessimistische geluiden op. Met het ontstaan van een massasamenleving en de voortgaande democratisering groeide in de maatschappelijke bovenlaag de beduchtheid voor de overheersing van redeloze hartstochten en driften, die tot tuchteloosheid, verslapping en sociale desintegratie zouden kunnen leiden. De amorfe massamaatschappij zou zich niet de mate van individuele vrijheid kunnen veroorloven die voorheen de elite van gegoede en redelijke burgerheren in de standenmaatschappij was toevertrouwd. In liberale pleidooien voor een nationale volksopvoeding stond 'karaktervorming' centraal: terwijl in het klassieke liberalisme de nadruk lag op het rationele en zelfstandige denken als motor voor maatschappelijke vooruitgang, ging het nu vooral om het bijbrengen van normbesef, plichtsgevoel, gemeenschapszin, wilskracht en zelftucht. Met name de orthodoxe protestanten, die zich met een sterke morele gedrevenheid profileerden, stonden een soortgelijk burgerschapsideaal voor. Losbandige en onverantwoorde gedragingen als drinken, dansen, kermisgang en ander 'plat vermaak',

---

[162] Stuurman 1983; Van Rooden 1996; Bax 1988; Schuursma 2000, 192; Knippenberg en Van der Wusten 2001.

[163] Aerts en Te Velde 1998; De Regt 1984, 247-249; De Rooy 2002, 125; Van der Stel 1995, 84, 123; Wedman 1998, 243-244; Hoekstra 2005.

geldverkwisting, impulsieve behoeftebevrediging, lediggang, kinderverwaarlozing en seksuele uitspattingen dienden bestreden te worden. [164]

In het nieuwe beschavingsoffensief ging het echter niet louter om een van bovenaf opgelegde disciplinering van een volstrekt amorfe en passieve volksmassa. Weliswaar speelden de angst voor sociale onrust en revolutie, het streven naar een ordelijk en deugdzaam leven, de bevordering van verantwoordelijk burgerschap en economische motieven zeker een rol, maar daarnaast ging het ondanks de patriarchale en morele bevoogding ook om de welgemeende intentie om uitzichtloze armoede en sociale achterstand uit te bannen.[165] Er kwam steeds meer erkenning van de noodzaak om sociale hervormingen door te voeren en dat uitte zich in een aanwassende dadendrang van zowel burgers als overheid ten einde diverse maatschappelijke problemen aan te pakken: armoede, werkloosheid, ziekte, gebrekkige huisvesting, slechte arbeidsomstandigheden, achterstanden in het onderwijs, verwaarloosde kinderen, ongehuwde moeders, drankmisbruik en criminaliteit. Het cultuurpessimisme van het fin de siècle werd meer dan gecompenseerd door het optimistische geloof in de mogelijkheid om de maatschappij door middel van gericht ingrijpen te verbeteren.[166] Terwijl de burgerlijke waarden de bovenlaag voorheen dienden om zich van de volksmassa te onderscheiden, won nu de gedachte veld dat de burgerlijke verworvenheden ook binnen het bereik van de lagere klassen konden komen.

De eerste aanzetten tot sociaal activisme kwamen vanaf de jaren zeventig van een groeiend aantal liberalen dat overtuigd raakte van de noodzaak om maatschappelijke problemen, met name de noden van de groeiende industriële arbeidersklasse (de 'sociale quaestie'), onder ogen te zien. Deze radicale of sociaal-liberalen, die in de jaren negentig hun stempel op drie kabinetten drukten, ontwikkelden een nieuwe visie op burgerschap, sociale rechtvaardigheid en de rol van de overheid.[167] In het klassieke liberalisme lag de nadruk op de zelfwerkzaamheid van burgers en beperkte de rol van de overheid zich tot de bewaking van recht en orde en het scheppen van voorwaarden waardoor zij hun capaciteiten konden ontplooien: de bevordering van de vrije markt en van het onderwijs. Geleidelijk namen de vernieuwingsgezinde liberalen afstand van het *laissez-faire* van hun oudere geestverwanten en legden zij een verband tussen de ontwikkelingsmogelijkheden van individuen en het al dan niet ingrijpen van de overheid in de maatschappij. Zij erkenden dat kansen niet gelijk waren verdeeld en dat de realisering van zelfredzaamheid niet uitsluitend afhing van de individuele wilskracht en vermogens. Wisselende economische en sociale omstandigheden bepaalden het individuele bestaan in hoge mate en mensen konden buiten hun schuld en nalatigheid om in moeilijkheden raken. Alleen collectieve sociale verzekeringen en overheidsinterventie konden kwetsbare groepen bescherming tegen rampspoed garanderen. De onpersoonlijke risico's van de moderne maatschappij, waar het individu machteloos tegenover stond, vereisten publieke regelingen. Overheidsingrijpen was soms nodig om de voorwaarden te scheppen waardoor alle mensen de kans kregen hun economische en sociale positie te verbeteren

---

[164] Te Velde 1992; Hoekstra 2005.
[165] Schuursma 2000, 80; vergelijk De Regt 1984.
[166] De Regt 1984, 33, 244-246; De Rooy 2002, 104; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 1; Blom 1996, 240; Boterman en De Rooy 1999; Krul 1991; Van Sas 1991; Van Vree 1991; Hoekstra 2005.
[167] De Rooy 1987; De Beus 1989; Stuurman 1991; De Haan 1993; Boterman en De Rooy 1999.

en zich op die manier ook te kwalificeren als volwaardige staatsburgers. De sociaal-liberalen achtten uitbreiding van het kiesrecht onvermijdelijk en ook namen zij het initiatief tot sociale wetgeving. Vanaf 1874, toen arbeid door kinderen beneden de twaalf jaar bij wet werd verboden, maakte de overheid langzaamaan een begin met de invoering van (nieuwe) wetten op het gebied van de arbeid, de volksgezondheid, het onderwijs, de kinderbescherming, de armenzorg, de ouderenzorg, de volkshuisvesting en de zedelijkheid.[168]

De grotendeels door confessionelen gedomineerde kabinetten zetten aan het begin van de twintigste eeuw de door sociaal-liberalen ingezette sociale politiek voort, hoewel deze zich terughoudender opstelden ten aanzien van overheidsinterventie dan de sociaal-liberalen (en de sociaal-democraten). De confessionelen gaven de voorkeur aan sociale zorg door maatschappelijke organisaties, waarbij wetgeving niet meer dan een ondersteunend kader vormde. Mede als gevolg van de toenemende invloed van de confessionelen vanaf de eeuwwisseling bleef de rol van de overheid beperkt tot regelgeving en subsidieverstrekking en kwam de uitvoering van sociale verzekeringen en de sociale en gezondheidszorg grotendeels in handen van het particuliere (vooral confessionele) initiatief in het zogenoemde maatschappelijke middenveld.[169] Desondanks breidden de overheidstaken en -uitgaven zich vanaf het eind van de negentiende eeuw en vooral, door economische nood gedwongen, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog, uit.[170] Naarmate de bevolkingsomvang sneller uitdijde, het land intensiever werd gebruikt en de complexiteit van de samenleving toenam, groeide de behoefte aan sociale regulering en ordening. De overheid kon niet langer volstaan met het handhaven van orde en veiligheid; zij werd steeds meer beoordeeld naar haar vermogen om sociaaleconomische problemen aan te pakken. Ook talloze aspecten van het persoonlijke leven van haar burgers, zoals opvoeding, huisvesting, de zorg voor de gezondheid, seksueel gedrag en alcoholgebruik, werden onderwerp van wettelijke voorschriften en overheidstoezicht.[171] Behalve politici en bevlogen maatschappijverbeteraars en morele entrepreneurs, in het bijzonder uit confessionele kring, waren vooral de aan invloed en zelfbewustzijn winnende professionele groepen als artsen, onderwijzers, jeugdleiders, overheidsambtenaren, ingenieurs en maatschappelijk werkers de dragers van het sociaal-morele activisme. In het bijzonder voor vrouwen uit burgerlijke kring waren op dit terrein taken weggelegd. Vanwege hun vermeende zorgzaamheid en deugdzaamheid zouden zij bij uitstek geschikt zijn voor werkzaamheden op sociaal-charitatief terrein, zoals verpleging, armenbezoek, maatschappelijk werk, kinderbescherming en woningtoezicht. De toenmalige feministische beweging onderschreef een dergelijke roeping van de vrouw. [172]

---

[168] Achtereenvolgens de arbeidswet (1889), veiligheidswet (1895), ongevallenwet, gezondheidswet, leerplichtwet, kinderwetten en woningwet (1901), wet op arbeidscontract (1907), de zedelijkheidswetten (1911), de nieuwe armenwet (1912), de invaliditeits-, ouderdoms- en ziektewetten voor werknemers (1913 en 1918), de werkloosheidsverzekeringswet (1917) en de arbeidsduurwet (1919).

[169] Kruithof en De Rooy 1987; Roebroek en Hertogh 1998; Van den Berg 2001, 37-38; Schuursma 2000, 223, 225; Hoogenboom 2003.

[170] De Rooy 2002, 141; vergelijk Boterman en De Rooy 1999, 53; Van den Brink 1996, 519; Schuursma 2000, 268.

[171] De Rooy 2002, 147; Schuursma 2000, 40; vergelijk Hekma 1987; Mooij 1993; Kerkhoff 1994.

[172] Nijenhuis 1981; De Regt 1984; Kruithof en De Rooy 1987; De Graaf 1989; Koenders 1996; Karsten 1986; Krul 1989; De Haan 2003; De Haan 2002; De Rooy 2002, 109.

De invoering van wetten ter vergroting van de materiële en sociale bestaanszekerheid en het streven naar morele verheffing van het volk waren twee kanten van dezelfde medaille, zoals in de jaren 1911 en 1912 tot uiting kwam in de verscherping en uitbreiding van de zedelijkheidswetgeving en de vernieuwing van de armenwet. De armenzorg in Nederland was vanouds grotendeels in handen van kerkelijke of particuliere charitatieve organisaties. De armenwet van 1854 schreef voor dat gemeenten alleen bijstand mochten bieden als armen niet in aanmerking kwamen voor ondersteuning door andere instellingen. Vanaf omstreeks 1870 won vanuit het burgerlijke particuliere initiatief een nieuwe benadering van armenzorg terrein: deze zou niet louter moeten bestaan uit leniging van de nood vanuit christelijke of filantropische barmhartigheid, maar uit ondersteuning waaraan eisen en controle waren verbonden. Het ging om actieve bemoeienis om op basis van een gedifferentieerde beoordeling van de omstandigheden en de attitude van de armen en door middel van het aankweken van een deugdzaam en arbeidzaam leven tot een zodanige verbetering te komen dat de hulpbehoevenden zichzelf konden redden en geen steun meer nodig hadden. In de nieuwe, geïndividualiseerde aanpak lag de nadruk op de heilzame werking van nauw persoonlijk contact tussen armen en - vooral vrouwelijke - vertegenwoordigers van de burgerij of, in een later stadium, maatschappelijk werkers.[173]

Deze veranderende praktijk werd geformaliseerd in de nieuwe Armenwet. Terwijl het in de Armenwet van 1854 om het 'opheffen van de nood' ging, was nu sprake van 'opheffing van het geval', dat wil zeggen herstel van zelfredzaamheid.[174] Weliswaar handhaafde de nieuwe armenwet officieel het primaat van de kerkelijke en particuliere armenzorg, maar in feite werkten de diverse instellingen steeds meer samen onder leiding van de gemeentelijke armenraad en werd de taak van de (lokale) overheid uitgebreid door de zogenaamde dubbele bedeling: de gemeenten vulden de kerkelijke en particuliere ondersteuning aan. Al in de tweede helft van de negentiende eeuw daalde de bijdrage van de laatste in de kosten van de armenzorg gestaag en steeg die van de gemeenten; rond de eeuwwisseling was het gemeentelijke aandeel al groter dan dat van de kerken. De kerkelijke en particuliere armenzorg was afhankelijk van vrijwillige giften, terwijl de overheid dankzij belastingheffing over structurele inkomsten beschikte.[175]

De zorg om het morele gehalte van de bevolking had al vanaf het midden van de negentiende eeuw aanleiding gegeven tot tal van activiteiten, die zich in het bijzonder concentreerden op alcoholisme en prostitutie. De verschillende organisaties ter bestrijding van (buitensporig) drankgebruik kwamen voort uit diverse initiatieven: filantropische bekommernis onder gegoede burgers, godsdienstige bewogenheid, met name onder orthodox-protestanten, en het socialistische streven naar verheffing en emancipatie van de arbeidersklasse. De overeenkomsten waren echter groter dan de verschillen: alle benadrukten de morele en maatschappelijke gevaren van sterke drank en hadden als doel de consumptie ervan terug te dringen of zelfs geheel uit te bannen.[176] Orthodoxe protestanten onder leiding van O. Heldring en H. Pierson namen het initiatief tot de bestrijding van de medisch en politioneel gereglementeerde prostitutie en de redding van 'gevallen vrouwen'. Vanaf de jaren zeventig sloten ook feministen,

---

[173] De Regt 1984.
[174] Romme 1978, 242.
[175] Neij 1989, 16, 42, 291; Van Leeuwen 1999, 173.
[176] Van der Stel 1995, 141-153; 157-177.

katholieken, sociaal-democraten, sociaal-liberalen en medici zich aan bij de abolitionistische beweging, die aan het eind van de negentiende eeuw slaagde in haar opzet: er kwam een eind aan het medisch en politioneel toezicht op prostitutie, dat was bedoeld om geslachtsziekten in te dammen. De diverse zedelijkheidsorganisaties, die tussen omstreeks 1880 en 1920 het levenslicht zagen, breidden daarop hun activiteiten uit tot de bestrijding van het nieuw-malthusianisme (geboorteregeling), abortus, pornografie, vrouwenhandel, kindermisbruik, geslachtsziekten, homoseksualiteit, gokken en als onzedelijk beschouwde vormen van volksvermaak. Daarbij werd niet alleen gewezen op het morele kaliber van het Nederlandse volk, maar ook op het belang van de volksgezondheid.[177]

De modernisering bracht in Nederland vooralsnog geen grootschalige secularisering teweeg, maar veeleer een herwaardering en verdieping van het geloof onder delen van de bevolking. De rechtzinnige protestantse en katholieke groeperingen die zich vanaf het eind van de negentiende eeuw emancipeerden, zetten hun streven naar een herkerstening van de moderne maatschappij kracht bij met een zedelijkheidsoffensief. Maar ook liberalen, sociaal-democraten en de opkomende vrouwenbeweging gaven blijk van een drang tot morele profilering. Nadat aan het begin van de twintigste eeuw door een sociaal-liberaal en een confessioneel kabinet wetsvoorstellen waren ingediend ten einde de verspreiding van pornografie en voorbehoedsmiddelen tegen te gaan, kwam in 1911 op confessioneel initiatief, maar met steun van een deel van de liberale en sociaal-democratische partijen, een verscherping en uitbreiding van de zedelijkheidswetgeving tot stand. De verbodsbepalingen, die in grote lijnen tot omstreeks 1970 van kracht bleven, betroffen met name prostitutie, pornografie, geboorteregeling, abortus, homoseksualiteit, publieke seksuele uitingen en gokken. Deze zetten de toon voor een repressief moreel klimaat. Confessionele leiders riepen hun achterban op tot een actieve bestrijding van alles wat huwelijk, gezin en de goede zeden zou aantasten. Gestimuleerd door de nationale zedenwetgeving voerden gemeenten allerlei bepalingen in op dit terrein en fulmineerden zedelijkheidsverenigingen tegen een te vrije omgang tussen de seksen, te veel bloot in zwembaden, op het strand of in de kunst, film-, cabaret- en toneelvoorstellingen en mode die de zinnen te zeer prikkelden, alsook tegen geboorteregeling, homoseksualiteit en pornografie. Seksuele hervormings- en emancipatiebewegingen als de Nieuw-Malthusiaansche Bond (NMB), die geboorteregeling voorstond, en het Nederlandsch Wetenschappelijk Humanitair Komitee (NWHK), dat voor gelijkberechtiging van homoseksuelen aan heteroseksuelen opkwam, moesten het in het bijzonder ontgelden.[178]

Het vooral door confessionele groepen gedragen zedelijkheidsoffensief stuitte op weinig principieel verzet in de Nederlandse politiek en samenleving, onder meer omdat liberalen, socialisten en feministen geen weerwoord hadden en tot op grote hoogte deelden in de overtuiging dat deugdzaamheid en zelfbeheersing noodzakelijk waren voor een goed geordende samenleving. Naarmate het vertrouwen in de kracht van de rede, mede onder invloed van het ontstaan van de moderne massasamenleving en de verschrikkingen van de Eerste Wereldoorlog, verzwakte, nam de beduchtheid voor het

---

[177] Noordam 1996; Koenders 1996; vergelijk De Bruijn 1979; Hekma 1987 en Mooij 1993. Zie ook Kapteyn 1980; Stuurman 1983; Top 1988.

[178] Oosterhuis 1992, 26-34; Koenders 1996, 149-259; Noordam 1996; Oosterhuis 1997, 563-565; Schuursma 2000, 89-98; Noordam 2001; Hoekstra 2005.

driftleven toe. Met onbesuisd hedonisme wilden weinigen geassocieerd worden. In het verzuilde Nederland bestond onder alle levensbeschouwelijke groeperingen een groot wantrouwen tegen consumptief genot en individueel non-conformisme, want die stonden op gespannen voet met de verantwoordelijkheid en de gemeenschapszin die nodig waren om politieke, godsdienstige en emancipatoire idealen te verwezenlijken. Bovendien was de zedelijkheidswetgeving tot op zekere hoogte te beschouwen als een vorm van moderne beschermende sociale wetgeving: de overheid nam een actieve rol op zich om maatschappelijke misstanden - bijvoorbeeld de uitbuiting van vrouwen in de prostitutie of misbruik van jeugdigen door homoseksuelen - tegen te gaan.[179]

[179] Karsten 1986, 12-13; Te Velde 1996; Schuursma 2000, 81; De Rooy 2002, 39, 172-176; Hoekstra 2005.

1.3. De eerste medische specialisatie: het psychiatrisch-neurologische vak en werkveld

Het was tegen de achtergrond van de op gang komende modernisering van de Nederlandse samenleving, met name het groeiende sociale activisme, en de eerder geschetste problemen in de krankzinnigenzorg dat een nieuw medisch vak gestalte kreeg. In 1871 spraken enkele gestichtsgeneesheren op een bijeenkomst van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG) in Winschoten over de wenselijkheid om een vereniging van geneeskundigen op het terrein van de krankzinnigenzorg in het leven te roepen. Twee van hen, Ramaer, consulterend geneesheer van de gestichten te Delft en Den Haag, en Donkersloot, verbonden aan het gesticht in Dordrecht, waren vooraanstaande leden van de NMG en hadden met onder anderen G.E. Voorhelm Schneevoogt, geneesheer van het Amsterdamse Buitengasthuis, een belangrijke rol gespeeld bij de oprichting van deze medische organisatie in 1849. Voorhelm Schneevoogt was de eerste voorzitter en Ramaer de eerste secretaris. Zij maakten deel uit van een groep hervormingsgezinde geneeskundigen die zich inzette voor een hervorming van het versplinterde medische onderricht en het daarmee verbonden stelsel van uiteenlopende geneeskundige bevoegdheden. Geneeskundigen moesten zich op basis van een uniforme natuurwetenschappelijke opleiding aan de universiteit verenigen in één beroepsgroep. Verder dienden zij maatschappelijke verantwoordelijkheid op zich te nemen door zorg te dragen voor de volksgezondheid. In de krankzinnigenzorg waren nieuwbouw van gestichten en vergroting van de medische zeggenschap nodig. Zowel op het terrein van de openbare hygiëne als op dat van de krankzinnigenzorg achtten de medische hervormers een daadkrachtiger optreden van de rijksoverheid gewenst. Hun eisen gingen verder dan die hun voorganger Schroeder van der Kolk.[180]

Met name Ramaer, die meermaals het voorzitterschap van de NMG bekleedde, ondernam in de daarop volgende twee decennia pogingen om de krankzinnigenzorg te verbeteren en het medische aandeel daarin te versterken.[181] Aangezien de medische hervormingsbeweging en de NMG in de jaren zestig aan slagkracht inboetten, wisselden Ramaer en enkele geestverwanten het streven naar een verbetering van de krankzinnigenzorg door middel van een algehele vernieuwing van de geneeskunde in voor een meer beperkte zelforganisatie van gestichtsartsen. Samen met A.H. van Andel, eerste geneesheer van het gesticht te Zutphen, R. Lammerts van Bueren, geneesheer-directeur van het gesticht te Franeker, en Donkersloot nam Ramaer het initiatief tot een bijeenkomst waarvoor zij andere gestichtsartsen uitnodigden. Op 17 november 1871 verzamelden zich in Utrecht tien van hen en richtten zij de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP) op. In totaal dertien gestichtsgeneesheren sloten zich bij de nieuwe vereniging aan en Ramaer werd voorzitter.[182]

De Nederlandse gestichtsartsen organiseerden zich later dan hun Franse, Britse en Duitse collega's. Ramaer hield tijdens de oprichtingsbijeenkomst een rede waarin hij het gehele krankzinnigenwezen in Nederland als achterlijk kwalificeerde, niet alleen ten

---

[180] Houwaart 1991, 84-94; Vijselaar 1997b, 30-32.
[181] Over Ramaer zie Vijselaar 1995a.
[182] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1.

opzichte van het buitenland, maar ook in vergelijking met de rest van de geneeskunde.[183] De vereniging was bedoeld om hierin verbetering te brengen. Het belangrijkste probleem was volgens Ramaer dat de krankzinnigenzorg een wetenschappelijke grondslag ontbeerde. Hij achtte het bovenal gewenst dat de NVP de psychiatrie bevorderde als een 'stellige' natuurwetenschap naar het voorbeeld van nieuwe ontwikkelingen in de algemene geneeskunde. Daartoe was het noodzakelijk dat het isolement van de gestichtsgeneesheren werd doorbroken en dat zij regelmatig met elkaar en met onderzoekers op geneeskundig gebied in contact traden om zowel praktische ervaringen als wetenschappelijke kennis uit te wisselen. Ramaer betreurde het ontbreken van universitair onderwijs in de psychiatrie, waardoor studenten in de geneeskunde weinig of niets leerden over geestesziekten. Wie de krankzinnigenzorg als werkveld koos, was voor zijn deskundigheid grotendeels aangewezen op de praktijkervaring in een gesticht. Ook de beperkte zeggenschap van geneeskundigen in de gestichten belemmerde de wetenschappelijke en medische profilering van de psychiatrie. Gestichtsgeneesheren waren gewoonlijk ondergeschikt aan uit plaatselijke notabelen bestaande besturen, die onvoldoende oog hadden voor de geneeskundige aspecten van de krankzinnigenzorg. Nederland stak in dit opzicht slecht af bij de omringende landen, zo benadrukte Ramaer. Een wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie zou volgens hem een einde kunnen maken aan de slechte maatschappelijke reputatie van het krankzinnigengesticht. In de publieke opinie was het eerder een gevangenis om lastpakken op te bergen dan een ziekenhuis. De vereniging had ook een taak op het gebied van de belangenbehartiging, niet alleen ten behoeve van de leden, maar ook om de zorg voor en de leefomstandigheden van hun patiënten te verbeteren. Daartoe zou de vereniging haar stem moeten laten horen bij regering en parlement en in publieke fora.

In zekere zin was de NVP de eerste medische specialistenvereniging in een tijd waarin de meeste geneeskundigen algemene praktijken voerden en velen van hen medische specialisatie afwezen omdat zij daardoor toenemende concurrentie vreesden. Specialisering was mede een gevolg van het groeiende medische aanbod en een krapper wordende markt.[184] Vanwege hun geïsoleerde positie in de gestichten en het stigma dat aan hun patiënten kleefde, vormden gestichtsgeneesheren echter geen bedreiging op de reguliere medische markt en kwam de psychiatrische vereniging zonder bezwaren en tegenwerking van andere medici tot stand.[185] In medisch-wetenschappelijk opzicht kon de psychiatrie zich niet met andere opkomende specialismen meten. Deze onderscheidden zich door kennisverdieping op een deelgebied van de geneeskunde na de algemene medische opleiding. Terwijl medische specialismen vanaf de jaren tachtig in de regel tot ontwikkeling kwamen op basis van een wetenschappelijke voorsprong op de algemene geneeskunde, was de oprichting van de NVP ingegeven door het idee dat de psychiatrie gebukt ging onder achterstand.[186]

---

[183] Ramaer 1871.

[184] Van medisch specialisten was voor het eerst in 1883 in de annalen van de NMG sprake. Zie Redactie *Medisch Contact* 1972. Het aantal artsen dat zich als specialist afficheerde, bedroeg in 1883 32, in 1900 136 en in 1920 meer dan 700. Het totaal aantal artsen nam tussen 1890 en 1920 toe van zo'n 2.000 tot meer dan 3.000. Zie Mooij 1999, 279-281; Bijl 2000, 41-42.

[185] Beumer 1991, 42.

[186] Juch 1997, 32-33.

De toonaangevende leden van de NVP waren liberaal en positivistisch ingestelde artsen die wetenschap en sociaal verantwoordelijkheidsgevoel beschouwden als de peilers voor maatschappelijke vooruitgang. Met veel strijdvaardigheid zetten behalve Ramaer, Donkersloot, Van Andel en Lammerts van Bueren ook Voorhelm Schneevoogt, J. van Geuns, B.H. Everts, H. van Cappelle, A.O.H. Tellegen, J.P.Th. van der Lith, J. van Deventer, C. Winkler en G. Jelgersma zich in de jaren zeventig en tachtig in om het aanzien en de kwaliteit van hun vak te verhogen.[187] Zo streefden zij naar een vergroting van hun invloed in de krankzinnigenzorg door zich in te zetten voor meer medische zeggenschap in het reilen en zeilen in de gestichten, terugdringing van de gerechtelijke bemoeienis bij opnamen, een krachtiger optreden van de overheid ter handhaving van de bepalingen van de Krankzinnigenwet en een verbetering van de gestichtszorg door middel van een verpleegopleiding. Daarnaast drongen zij aan op de institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek door het instellen van academische leerstoelen. Ook trachtten zij het werkgebied van hun vak uit te breiden door te pleiten voor een grotere rol van de psychiatrie in de rechtspraak, een verbinding van de psychiatrie met de neurologie, behandelvoorzieningen voor patiënten die niet krankzinnig waren maar aan zenuwaandoeningen leden, en hygiënistische maatregelen in de samenleving ten einde geestes- en zenuwziekten zoveel mogelijk te voorkomen. NVP-leden hadden een belangrijk aandeel in de vernieuwing van de Krankzinnigenwet van 1841, die in 1884 tot stand kwam.[188] Om bekendheid te geven aan de activiteiten van de vereniging en de kennisuitwisseling te bevorderen gaf de NVP een periodiek uit, achtereenvolgens *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* (1873-1882), *Psychiatrische Bladen* (1883-1896) en *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (1897-1947). De laatste titelwijziging van het tijdschrift hing samen met het feit dat de vereniging zich vanaf 1895 uitdrukkelijk openstelde voor artsen die zich toelegden op de neurologie. Haar naam veranderde toen in Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN).

Het ledental van de NVP(N), die twee keer per jaar vergaderde, groeide van 13 in 1871 naar 115 in 1900 en 203 in 1920, waarvan iets meer dan 80 procent ook daadwerkelijk in Nederland werkzaam was op psychiatrisch en/of neurologisch gebied.[189] Behalve de gewone leden kende de vereniging ook een aantal honoraire leden: hoge ambtenaren, notabelen, politici en gerenommeerde binnen- en buitenlandse artsen. Tot 1911, toen de eerste vrouwelijke leden hun intrede deden, was de NVP(N) een exclusief mannelijk gezelschap.[190] De toestroom van leden weerspiegelde het groeiende aantal artsen dat zich niet alleen op geestesziekten, maar ook op zenuwaandoeningen en uiteenlopende psychosomatische klachten richtte.[191] Terwijl het aantal gestichtsgeneesheren rond 1870 de 20 niet te boven ging, waren in 1900 75 en in 1920 137 artsen werkzaam in krankzinnigengestichten of andere instellingen als sanatoria, rusthuizen en kuuroorden voor zenuwlijders, inrichtingen voor epileptici, voor idioten en achterlijken en voor drankzuchtigen.[192]

---

[187] Bouman 1921; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 5; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1.
[188] Zie 1.4.2. De tweede Krankzinnigenwet.
[189] Van Drunen 2004, 18.
[190] Slijkhuis 2005.
[191] Abma en Weijers 2005, 39, 53, 95.
[192] Van Drunen 2004, 12, 16.

In het *Geneeskundig Jaarboekje*, dat sinds 1867 in samenwerking met de NMG verscheen om een overzicht te bieden van alle geneeskundige instellingen en praktiserende medici, afficheerde een toenemend aantal zich als specialisten op het gebied van 'zenuwziekten', 'zenuw- en zielsziekten', 'zenuwziekten en geestelijke afwijkingen', 'psychosen en neuropathologie' of 'zenuw- en stofwisselingsziekten' en als 'psychiater' of 'neuroloog'.[193] Sommigen voerden zelfstandige praktijken aan huis, al dan niet gecombineerd met een aanstelling elders, en ze vonden ook emplooi in ziekenhuizen en poliklinieken voor de somatische gezondheidszorg. Van de 55 leden die de NVP in 1887 telde, werkten er 10 als vrijgevestigde 'consulterende' artsen in de zenuw- en zielsziekten.[194] In 1900 waren er minstens 24 en in 1920 minstens 74 van dergelijke specialisten met een particuliere praktijk, die steeds meer werden aangeduid met de algemene noemer 'zenuwarts'. Meer dan de helft van hen was te vinden in Den Haag en Amsterdam.[195] Het aantal zenuwartsen dat een functie bekleedde in de somatische gezondheidszorg was veel geringer, maar groeide in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw substantieel van 7 naar 27. Nog sterker expandeerden de vanaf 1893 bestaande universitaire psychiatrisch-neurologische klinieken: in 1900 waren daarin 6 en in 1920 32 geneeskundigen - deels assistenten in opleiding - aangesteld.[196] Het waren met name de academische specialisten die zich vanaf de jaren negentig als 'psychiater' of 'neuroloog' betitelden.[197] In de loop van de twintigste eeuw kregen deze benamingen meer en meer navolging buiten de universiteiten. Dat het psychiatrisch-neurologisch vakgebied ook op een groeiende belangstelling van legerartsen kon rekenen, blijkt uit het feit dat in 1900 drie en in 1920 zes officieren van gezondheid in de krijgsmacht lid waren van de NVPN.[198]

Tussen 1870 en 1900 vervijfvoudigde het aantal artsen dat op enigerlei wijze werkzaam was op psychiatrisch-neurologisch terrein van een twintigtal tot 107, om in de twee daaropvolgende twee decennia te verdubbelen tot 220. De stijging tussen 1900 en 1920 was overigens niet uitzonderlijk in vergelijking met de groei van de gehele medische professie - van 1.760 naar bijna 3.500 - en van andere specialismen.[199] Een andere overeenkomst met de rest van de geneeskunde was het geringe aantal vrouwen; vanaf 1906 deden de eersten hun intrede in de psychiatrie en in 1920 maakten zij ruim 12 procent van het totaal aantal vakbeoefenaren uit.[200] Van een duidelijke afgrenzing van het vak ten opzichte van de rest van de geneeskunde was overigens geen sprake. Ten eerste bestonden er tot 1932 geen formele criteria of wettelijke voorschriften met betrekking tot

---

[193] Van Drunen 2004, 14; Abma en Weijers 2005, 39, 95.
[194] Slijkhuis 2005.
[195] Van Drunen 2004, 9, 12, 13, 16, 18, 20. Aangezien de gegevens over vrijgevestigde gespecialiseerde artsen in de *Geneeskundige Jaarboekjes* zich in 1900 tot de 6 grootste steden en in 1920 tot de 33 grootste plaatsen beperken, is het aannemelijk dat hun aantal hoger lag dan 24. Volgens Slijkhuis (2005) bedroeg het aantal vrijgevestigden onder de NVPN-leden in de jaren 1896, 1906 en 1914 respectievelijk 29, 52 en 61, ofwel ongeveer een derde van het totaal.
[196] Van Drunen 2004, 12, 16.
[197] De term psychiater was in 1868 al gebezigd door Voorhelm Schneevoogt in zijn intreerede als lector aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre. Nog eerder had Ramaer het begrip psychiatrie gebruikt in de titel van het tijdschrift dat hij in 1853 oprichtte: *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregtelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie*.
[198] Van Drunen 2004, 15, 19.
[199] Van Drunen 2004, 12-13, 16-18.
[200] Van Drunen 2004, 18.

de opleiding en het recht om zich als specialist op het terrein van de zenuw- en zielsziekten - of andere medische deelgebieden - te afficheren of in een krankzinnigengesticht, sanatorium of zwakzinnigeninrichting te werken. In de krankzinnigenzorg was het artsendiploma voldoende en leerden geneeskundigen het vak in de praktijk en door middel van zelfstudie. Weliswaar werden aan enkele universiteiten colleges in de psychiatrie gegeven, maar deze vormden geen verplicht onderdeel van de studie geneeskunde.[201] Sommige vakbeoefenaars, met name artsen met academische ambities, ondernamen studiereizen naar het buitenland, meestal Duitsland, Oostenrijk of Zwitserland, om aldaar universitaire klinieken te bezoeken en colleges van vooraanstaande hoogleraren te volgen.[202]

Ten tweede bleek de openheid van het specialisme ook uit het grote aantal artsen dat zich niet direct na het behalen van hun medische bevoegdheid, maar pas later in hun loopbaan toelegde op de zenuw- en zielsziekten, terwijl het ook voorkwam dat specialisten op dit terrein hun aandacht op een gegeven moment verlegden naar een ander deel van de geneeskunde.[203] Dat het vak verre van scherp omlijnd was, bleek eveneens uit het feit dat de leden van de NVPN niet tot een eensgezind standpunt konden komen als het om de belangen van gestichtsartsen ging - die klaagden over hun slechte maatschappelijke aanzien, karige bezoldiging en gebrek aan opleiding, loopbaanperspectief en wetenschappelijke middelen.[204] Een commissie van de NVPN stelde in 1904 vast dat de vereniging niet krachtig kon optreden omdat de samenstelling ervan - en dus ook het specialisme als geheel - te heterogeen was:

> niet alleen is het begrip psychiater in ons land een niet scherp omschreven denkbeeld, het is ook geen eisch voor het lidmaatschap der vereeniging: alle Nederlandsche geneeskundigen kunnen als lid worden aangenomen; van bindende besluiten zal dan voorlopig ook wel geen sprake zijn.[205]

Wat de werkplekken en aard van de werkzaamheden betreft vallen binnen het psychiatrisch-neurologisch specialisme drie profielen te onderscheiden: de gestichtsgeneesheer met een aanstelling in dienstverband en daarnaast mogelijk een kleine zelfstandige praktijk; de zenuwarts met een particuliere praktijk aan huis, al dan niet in combinatie met een praktijk of aanstelling in een algemene polikliniek of ziekenhuis; en de universitaire hoogleraren, privaatdocenten en arts-assistenten die naast hun academische aanstelling soms ook nevenfuncties bekleedden en er particuliere praktijken op na hielden.[206] Terwijl het ledenbestand van de NVP in de beginjaren bijna geheel uit gestichtsgeneesheren bestond, was hun aandeel daarin in 1914 teruggelopen tot minder dan de helft.[207] Hun aandeel in het psychiatrisch-neurologisch specialisme als geheel bedroeg in 1900 70 procent en in 1920 62 procent, terwijl het aandeel van de

---

[201] Zie verder 1.7.1. De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie.
[202] Abma en Weijers 2005, 32.
[203] Van Drunen 2004, 17.
[204] Van Deventer 1903; Van Deventer et al. 1904; Bouman 1906.
[205] Van Deventer et al. 1904, 549.
[206] Van Drunen 2004, 20.
[207] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

buiten de gestichtsmuren werkzame zenuwartsen tussen 1900 en 1920 toenam van 22 tot 34 procent en dat van de universitaire sector van 6 tot 15 procent.[208]

[208] Van Drunen 2004, 12, 16.

1.4. Het grote bouwen

1.4.1. *'De dierenbescherming zou daar nog een vruchtbaar terrein voor hare werkzaamheden hebben'*[209]

De weduwe Johanna Stuten-te Gempt (1829-1898) publiceerde in 1892 een verslag van haar ervaringen in het krankzinnigengesticht aan het Slijkeinde te Den Haag, een kleine twee jaar nadat zij voor de tweede en laatste maal uit dit gesticht was ontslagen.[210] Kort na de dood van haar man in 1889 was zij, 'aangetast door zware melancholie', voor het eerst opgenomen en na vijf maanden als 'hersteld' ontslagen. Na een half jaar volgde een tweede opname, ditmaal, naar zou blijken, van iets kortere duur. Drie maanden later werd mevrouw Stuten als 'niet hersteld' ontslagen, alhoewel zij zichzelf wel degelijk verlost wist van haar melancholie. Dit 'vonnis' betekende dat de krankzinnigverklaring van kracht bleef en daarmee ook het stigma van gekte alsmede de juridische handelingsonbekwaamheid. Vermoedelijk hoopte de eerste geneesheer, S. Reeling Brouwer, op deze manier te voorkomen dat mevrouw Stuten haar klachten over het gesticht in de openbaarheid zou brengen; deze zouden als wartaal van een gek ontzenuwd kunnen worden. Dit leverde uitstel maar geen afstel op. Nadat zij na lang aandringen een contraverklaring had weten los te krijgen van Reeling Brouwers opvolger, Tellegen, kon zij overgaan tot publicatie van haar 'lijdensgeschiedenis, die in hoofdzaak de geschiedenis is van elken patient die den drempel van dat huis betreedt'.[211]

Hoewel zij als klassepatiënte - de eerste- en tweede-klassepatiënten van de vrouwenafdeling werden 'de damespatiënten' genoemd, en de derde-klassepatiënten 'de menschen' - nog relatief bevoorrecht was geweest, kreeg ook zij het zwaar te verduren.[212] Huisvesting, voeding en de behandeling door artsen en 'oppasseressen' waren abominabel. Het 'overoude' gebouw was 'kil, vochtig, lugubre […] en uitermate tochtig' en de riolen verspreidden dikwijls een 'verpestenden stank'.[213] De cellen (lees: isoleercellen) bevonden zich achter de zalen van de derde klasse 'op een open, kille, vochtige plaats, waar nimmer een zonnestraal binnendringt en waarvan de ondergrond wemelt van muizen en ratten'.[214] Het meubilair bestond uit een harde stoel – en dat nog niet eens in iedere cel – en een stinkend privaat zonder deksel. Hoewel de cel door middel van buizen te verwarmen was, werd deze mogelijkheid vaker niet dan wel benut. Zo kon het gebeuren dat van een patiënte derde klasse 's nachts in de cel de tenen waren afgevroren en dat mevrouw Stuten zelf zware reumatiek opliep nadat zij in een natte cel was opgesloten en direct daarop een hevige vorst inviel.

Dit zijn bepaald niet de enige staaltjes van slechte behandeling die Stuten-te Gempt opvoert. Neem het voorbeeld van een vrouw die aan haar haardos naar de cel werd gesleept en dermate werd geslagen dat zij een van haar duimen brak. Niemand hoorde de wanhoopskreten, schreef Stuten-te Gempt, 'de wereld hoort ze niet, de betrekkingen hooren ze niet en de afschuwelijke gestichtsmuren zwijgen als het graf. Er

---

[209] Stuten-te Gempt 1892, 11.
[210] Zie voor nadere informatie over leven en publicaties van Johanna Stuten-te Gempt: Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp 1983.
[211] Stuten-te Gempt 1892, 1.
[212] Stuten-te Gempt 1892, 8.
[213] Stuten-te Gempt 1892, 3.
[214] Stuten-te Gempt 1892, 8.

is geen controle, geen toezicht, geen bescherming voor ongelukkigen, die minder dan een dier, die als het uitvaagsel van het menschdom worden behandeld.' Vandaar de opmerking dat de dierenbescherming - deze was sedert 1864 georganiseerd in Nederland - daar nog een vruchtbaar terrein voor haar werkzaamheden zou hebben.[215]

Het voert hier te ver om het verhaal van Stuten-te Gempt tot het eind toe te volgen. Duidelijk is in ieder geval wel dat het in dit oude Haagse gesticht zeer slecht toeven was. Naar aanleiding van de brochure van Stuten-te Gempt stelden Tweede Kamerleden vragen, waarop het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waaronder het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten ressorteerde, en dat van Justitie onderzoeken lieten verrichten. Een en ander leidde onder andere tot het ontslag van de regenten, de eerste geneesheer en heel wat oppassers, oppasseressen en overig personeel van het Haagse gesticht, alsook tot de aanstelling van een geneesheer-directeur, zodat de eindverantwoordelijkheid niet langer bij de regenten berustte.[216]

Er waren meer gestichten die ook naar toenmalige maatstaven gebreken vertoonden. Als aan het gebouw zelf al niet veel mankeerde, dan viel er toch doorgaans wel een en ander aan te merken op de behandeling door bijvoorbeeld artsen en oppassers of oppasseressen. Zo publiceerde de voormalige patiënt E.J.A. Melster – een medicijnenstudent - van het krankzinnigengesticht te Zutphen in 1902 een litanie van klachten over, wat hij noemde, de mishandelingen die hij daarin had ondergaan.[217] Al eerder, in 1885, had de tegen zijn wil opgenomen geneesheer A. Luyten een boekje open gedaan over zijn dertien maanden lange, naar zijn zeggen onrechtmatige opsluiting in ditzelfde gesticht.

> Wat heb ik vele patiënten als bij den dag zien achteruitgaan en zien verslimmeren na hunne plaatsing in het krankzinnigengesticht te Zutphen! Nu kan dit laatste in andere gestichten wel iets beter zijn, - daar er in het gesticht te Zutphen, én bij den Heer van Andel, én bij den Heer van der Chijs [de geneesheren van het gesticht] ongeveer geen geneeskunde bestaat, het is in hoofdzaak eene bewaarplaats dat gesticht.[218]

Aan positievere geluiden ontbrak het inderdaad niet geheel en al. Dezelfde medicijnenstudent die zo negatief berichtte over het Zutphense gesticht was vol lof over het in 1886 geopende gereformeerde gesticht Veldwijk te Ermelo, waar hij in 1900 na elf maanden Zutphen nog zes weken verbleef. 'Die inrichting en de geheele behandeling is daar uitstekend.'[219] Ook de Amsterdamse weduwe Doetje Reinsberg-Ypes, die tien jaar eerder in Veldwijk werd opgenomen, maar niet de publiciteit zocht, toonde zich in haar dagboek tamelijk tevreden over haar verblijf in Ermelo.[220]

Desalniettemin bepaalden de negatief getoonzette verhalen, die overigens zeker niet alleen in Nederland vielen te beluisteren, de beeldvorming van de

---

[215] Stuten-te Gempt 1892, 10-11; Davids 1989.
[216] Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp 1983, 17-21; vergelijk Schuurmans 1990.
[217] Melster 1902.
[218] Luyten 1885, 72. Zie ook Luyten 1899.
[219] Melster 1902, 31.
[220] Van Belzen 2004.

krankzinnigengestichten.[221] Voor het grote publiek stond het wel vast dat men koste wat 't kost een krankzinnigverklaring en gestichtsopname moest zien te voorkomen. Dat mensen met geld daarbij de meeste kans van slagen hadden, zal niet verbazen. Overigens maakten ook met name artsen, zoals verenigd in de NVP, en de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten zich zorgen over de toestand van en in de gestichten.

1.4.2. *De tweede Krankzinnigenwet*

In 1884 werd, mede dankzij de inzet van de NVP en in het bijzonder van Ramaer, een nieuwe Krankzinnigenwet van kracht.[222] De 'Wet van den 27sten April 1884, (Staatsblad No. 96), tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen' vormde - vanuit medisch oogpunt - een verbeterde versie van de Krankzinnigenwet van 1841.[223] Kern van beide wetten vormde het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten enerzijds en regelgeving omtrent gestichtsopname en ontslag anderzijds. Met tussentijdse wijzigingen bleef de wet van 1884 van kracht tot aan de inwerkingtreding van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen in 1994. Dat er ruim veertig jaar na de invoering van de eerste Krankzinnigenwet een tweede kwam, had zeker niet te maken met het streven van medici om de rechterlijke machtiging af te schaffen. Vooral in de NVP was die wens herhaaldelijk geuit en wel het meest pregnant door Donkersloot. In zijn brochure, *De krankzinnige tegenover de wet en de maatschappij*, vroeg hij zich af waarom 'er een speciële Wet moet zijn, die de verpleging regelt van de verbijsterden van geest, terwijl het geheel wordt vrijgelaten, op welke wijze men met andere gebreken wenscht te handelen?' Het antwoord was volgens hem niet ver te zoeken:

> men beschouwt de gestichten, waarin deze soort van lijders worden verpleegd, nog altijd als 'gevangenissen' of 'bewaarplaatsen', waar de zieke achter grendels wordt gesloten, waar hij geheel in de magt is van de directie en hare suppoosten, waar hij van zijne persoonlijke vrijheid, tijdelijk of voor altijd, moet afstand doen, en waaruit hij maar met moeite ontslagen kan worden. [224]

---

[221] Zie over Duitsland: Schmiedebach 1996; Goldberg 2002; Goldberg 2003. Over de Verenigde Staten: Grob 1994, 129-138. Over Frankrijk: Dowbiggin 1991, 76-93. En voorts: Blok 2004, 16-18 en Blok 2000.

[222] De belangrijkste overzichten van de Nederlandse krankzinnigenwetgeving en het Staatstoezicht die zowel de negentiende als een goed deel van de twintigste eeuw beslaan zijn die van Querido (1939) en Van der Esch (1975-1980). Zie verder: Van Geuns 1888; Mooy 1964; Legemaate 1991; Van de Klippe 1997; Vijselaar 1985a; De Graaf en Beumer 1991; Lucieer 2005.

[223] Zie voor deze kwalificatie: Legemaate 1985, 127. Ook Querido spreekt van 'verbeteringen'. Volgens hem leverde de wet van 1884, vergeleken met die van 1841, een beter staatstoezicht op, betere waarborgen voor goede verpleging en een doeltreffender voorziening in plaatsruimte. Aan de wijze van opneming was evenwel nagenoeg niets veranderd – en daar richtte zich veler kritiek op. Querido 1939, 94.

[224] Donkersloot 1870, III. Deze typering lijkt haaks te staan op Donkersloots verklaring van de groei van de gestichtsbevolking. Deze zou een gevolg zijn van het toegenomen vertrouwen van het publiek in de gestichten. De sterke stijging van het aantal patiënten van 800 in 1844 tot over de 3.000 in 1870, gaf volgens hem aan hoezeer 'de armste en aanzienlijkste familiën er hare verbijsterde of zwakzinnige leden aan toevertrouwen'. (3) Ook meende hij te weten dat meer dan een kwart van de krankzinnigen in Nederland buiten de gestichten verbleef, waarvan een deel, ook in gefortuneerde kringen, werd mishandeld of verwaarloosd. (55-56) Donkersloot schreef de

De wet verbond niet alleen een massa onnodige formaliteiten aan de opname in krankzinnigengestichten, maar kon daardoor ook een noodzakelijk geachte opname bemoeilijken, vertragen of zelfs onmogelijk maken. Het is toch vreemd, zo vervolgde Donkersloot – en daar kwam ook de familie van de krankzinnige in beeld – 'dat ik een regterlijke machtiging behoef, om een mijner naaste en dierste betrekkingen van een ziekte te laten genezen[...]'[225] Het liefst zou hij zien dat in Nederland een 'vrije toegang tot de gestichten', dus zonder tussenkomst van de rechter, mogelijk zou worden - net als dat volgens hem in Frankrijk, Engeland, de Scandinavische landen, België en de meeste Duitse staten het geval was. Waarom, aldus Donkersloot,

> moet nu juist Nederland, tusschen al die beschaafde staten ingelegen, een zoo duren, lastigen, onaangenamen en officiëlen weg volgen, om aan den krankzinnige den toegang tot het gesticht te verschaffen? Staat dan de bevolking van Nederland op een zoo lagen trap van moraliteit, dat men noch aan de bloedverwanten van een te verplegen persoon, noch aan den arts, die een certificaat afgeeft, noch aan de directie van een verplegingsgesticht, zooveel vertrouwen kan schenken, als dat een Engelschman doet en een Franschman, een Duitscher en een Belg, een Deen en een Noor?[226]

Dit was niet louter retoriek. Nederland onderscheidde zich inderdaad van de genoemde landen doordat opname in een krankzinnigengesticht zonder rechterlijke machtiging niet mogelijk was.[227] Zo kende de Franse Krankzinnigenwet van 1838 enerzijds de mogelijkheid van 'vrijwillige' opname in een krankzinnigengesticht op louter medische indicatie, dus zonder tussenkomst van enige autoriteit, en anderzijds de *placement d'office* – de ambtshalve (dwang)opname door de prefect van het desbetreffende departement of, in spoedeisende gevallen, de burgemeester. (Overigens staat nog wel te bezien of de feitelijke gang van zaken bij opname in de omringende landen zoveel minder duur, lastig, onaangenaam en formalistisch was als Donkersloot suggereerde.[228]) In Nederland werd in 1916 de zogeheten vrijwillige opname, zonder rechterlijke machtiging, mogelijk in speciaal daartoe aangewezen, open afdelingen van krankzinnigengestichten.[229] Vervolgens duurde het nog tot 1929 eer gemeenten de wettelijke verplichting kregen om de verpleegkosten voor hun rekening te nemen van behoeftige ingezetenen die voor een vrijwillige opname in aanmerking wensten te komen – tot dan toe gold dat alleen voor opnamen met een rechterlijke machtiging.

---

brochure mede in reactie op de indertijd geruchtmakende zaak-Elders. De Haarlemse arts Elders deed een vergeefse poging om de echtgenoot van de vrouw met wie hij een verhouding had, in een krankzinnigengesticht te plaatsen. Zie Querido 1939, 78-82.

[225] Donkersloot 1870, IV.

[226] Donkersloot 1870, 66-67.

[227] Zie bijvoorbeeld Van Geuns 1888; Querido 1939.

[228] Zie bijvoorbeeld Porter en Wright 2003; Gijswijt-Hofstra et al. 2005. Internationaal vergelijkend onderzoek naar de krankzinnigenwetgeving en de doorwerking daarvan in de praktijk, is niet voorhanden.

[229] Zie over de diverse betekenissen van de term vrijwillig in dit verband: Legemaate 1991, 25-27.

Tot 1916 had de rechter bij opname in een krankzinnigengesticht dus in alle gevallen het laatste woord, zij het dat ook een geneeskundige verklaring was vereist. Deze bijzondere positie van Nederland tot op dat moment was, zoals we eerder zagen, vooral te wijten aan het stempel dat de Minister van Justitie, Van Maanen, had weten te drukken op de eerste Krankzinnigenwet.[230] Hoewel gesteund door Binnenlandse Zaken kon de toen nog niet op nationale schaal georganiseerde medische beroepsgroep geen vuist maken tegen deze juridische stellingname, waarin de bescherming van burgerrechten voorop stond. Ook ten tijde van de totstandkoming van de tweede Krankzinnigenwet bleken de medische pleidooien voor de opnamemogelijkheid zonder rechterlijke tussenkomst of machtiging geen kans te maken. Zoals in de Memorie van Toelichting bij het ontwerp van de tweede Krankzinnigenwet viel te lezen: 'De roeping des geneesheers brengt niet mede, over iemands vrijheid te beschikken'.[231] Ruim veertig jaar ervaring met de Krankzinnigenwet van 1841 leverde dan ook eerder een bestendiging dan een aantasting van het juridische primaat op.

De tweede Krankzinnigenwet was een ingrijpend gewijzigde versie van een in 1881 ingediend wetsontwerp dat de inspecteurs Ramaer en Van Cappelle in samenwerking met het lid van de Hoge Raad Mr. A.A. de Pinto en de referendaris bij het Departement van Justitie Jhr. Mr. G.J.Th. Beelaarts van Blokland hadden opgesteld. De bedoeling was om door middel van een uitbreiding en intensivering van het Staatstoezicht en enkele andere maatregelen het peil van de krankzinnigenzorg te verhogen.[232] Dat was uiteindelijk veel minder verbeterd dan de wetgever in 1841 voor ogen stond. Een jaar voor de invoering van de wet had Van Cappelle, inspecteur van het Staatstoezicht in de jaren 1875-1889, al direct in het eerste nummer van de eerste jaargang van de *Psychiatrische Bladen* de alarmklok geluid. De overbevolking had volgens hem een ontoelaatbaar niveau bereikt: het kwam herhaaldelijk voor dat voor de plaatsing van krankzinnigen tevergeefs aan de deur van alle gestichten in Nederland was aangeklopt omdat deze vol zaten.[233] De oorzaak lag niet zozeer in een toename van het aantal krankzinnigen in Nederland, meende Van Cappelle, als wel in het feit 'dat men meer dan vroeger gebruik maakt van de gelegenheid, die de gestichten aanbieden voor eene goede verpleging van krankzinnigen.' Dat zou weer een gevolg zijn van de snellere, goedkopere en gemakkelijker middelen van vervoer - denk aan het spoorwegnet dat in de laatste decennia was aangelegd - en van de dankzij aanvullende rijks- en provinciale subsidies toegenomen bereidheid van gemeentebesturen om behoeftige krankzinnigen in een gesticht te plaatsen.[234] Het was in de ogen van Van Cappelle dan ook zonneklaar: meer plaatsruimte was de enige remedie voor het probleem van de overbevolking.

De tweede Krankzinnigenwet bevatte bepalingen omtrent een door de Inspectie per gesticht vast te stellen maximum aantal patiënten en een minimum aantal geneesheren - deze ontbraken in de eerste Krankzinnigenwet - en voerde een registratieplicht in van dwangmaatregelen in krankzinnigengestichten. Hiermee was echter nog niet alles gezegd, laat staan gedaan. De wet voorzag in de oprichting van een Rijkskrankzinnigengesticht,

---

[230] Zie 1.1.2. Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland.
[231] Geciteerd in Querido 1939, 93.
[232] Zie over de voorgeschiedenis van de Krankzinnigenwet van 1884: Van der Esch 1975-1980, III: 67-70.
[233] Van Cappelle 1883, 7.
[234] Van Cappelle 1883, 12. Mede dankzij de 'Indische baten' waren de aanleg van het spoorwegnet en andere groeiende overheidsuitgaven te financieren. Zie ook De Rooy 2002, 79.

bedoeld voor de verpleging van krankzinnigen wier onderhoud ten laste kwam van het Rijk of wier plaatsing in een gesticht door de strafrechter was gelast. In 1876 had de Staten-Generaal een regeringsvoorstel tot de bouw van een rijksgesticht nog afgewezen, onder meer vanwege de vrees voor uitbreiding van de staatszorg. Voor zover de plaatsruimte dit toeliet zou het rijksgesticht ook behoeftige krankzinnigen voor rekening van gemeenten kunnen opnemen. Al in 1884 vond de opening plaats van het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, ondergebracht in de verbouwde voormalige Rijks-Marinegebouwen, plaats.[235] Nog duidelijker dan de wet van 1841 verplichtte de nieuwe wet de provincies om te voorzien in voldoende plaatsruimte voor in de provincie wonende of verblijvende krankzinnigen. Zo nodig zouden provinciebesturen, al dan niet in samenwerking met andere provincies, dienen te zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten die aan de wettelijke eisen voldeden.

Voor de oprichting van een krankzinnigengesticht was een vergunning van de regering nodig. Als gestichten golden alle woningen waarin meer dan twee krankzinnigen, die niet tot het eigen gezin behoorden, werden verpleegd. Onveranderd was de bepaling dat gestichten uitsluitend voor verpleging van krankzinnigen waren bestemd. In de wet van 1884 was evenwel niet langer sprake van *geneeskundige* gestichten en de bewaarplaatsen waren helemaal geschrapt. Gestichten waren voortaan blijkbaar per definitie medische instellingen. Nieuw was voorts dat de wet nadere eisen stelde voor een te verlenen vergunning:

> 1ste; eene ruime, gezond gelegen woning, met voldoende gelegenheid tot beweging in de open lucht;
> 2de; afscheiding der seksen, behalve bij kinderen beneden tien jaar;
> 3de; voldoende gelegenheid tot afzondering naar den aard en het getal der krankzinnigen;[236]
> 4de; voldoende voorziening in den geneeskundige dienst en in den huisdienst naar den aard en het getal der krankzinnigen, met dien verstande dat door Ons [de koning] voor elk gesticht na verhoor van het bestuur en na ingewonnen advies van Gedeputeerde Staten, het maximum bepaald wordt van het getal verpleegden en het minimum van het getal geneeskundigen.[237]

Kennelijk hoopte de wetgever met deze eisen een aantal misstanden op het gebied van huisvesting, overbevolking en personeelsvoorziening weg te nemen dan wel te voorkomen. Ook de invoering van een registratieplicht van toegepaste dwangmiddelen hield een extra mogelijkheid tot controle in.

Het Staatstoezicht kwam voortaan in handen van ten minste twee inspecteurs: zij moesten arts zijn en mochten geen geneeskundige praktijk en zonder speciale toestemming geen andere functie uitoefenen. Bovendien strekte het Staatstoezicht zich uit tot 'alle krankzinnigen, met uitzondering van hen die, zonder van hunne vrijheid te zijn beroofd, in hunne eigene woning of in die hunner ouders of echtgenooten worden

---

[235] Van Cappelle 1883, 6-7.
[236] Bijvoorbeeld aparte verblijfsruimten voor rustige en onrustige krankzinnigen.
[237] Geciteerd in Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884. In de praktijk was het de taak van de Inspectie om voor ieder gesticht het maximum aantal verpleegden en het minimum aantal geneeskundigen vast te stellen.

verpleegd'. Krankzinnigen die in andere dan de genoemde woningen verbleven, kwamen derhalve wél onder staatstoezicht te staan. Dat was een belangrijke verruiming ten opzichte van de wet van 1841, die slechts het toezicht op de gestichten en de daarin verblijvende krankzinnigen regelde.

Bevatte de Krankzinnigenwet van 1841 nog wél een omschrijving van het begrip krankzinnige, in de wet van 1884 ontbrak deze. Volgens de Memorie van Toelichting was het begrip krankzinnigheid

> te relatief en daardoor te onbegrensd, dan dat men al de daaronder voorkomende toestanden gemakkelijk en met weinige woorden zou kunnen aanduiden en in eene algemeene definitie samenvatten. Daarom doet de wetgever wijzer, elke definitie weg te laten, dan eene omschrijving van het begrip krankzinnigheid te geven, die voor rechters en geneeskundigen overbodig is, en er slechts toe leiden kan, om in eenig bijzonder geval hunne vrijheid van oordeel en beslissing meer te belemmeren dan wenschelijk is.[238]

Dat neemt niet weg dat de tweede Krankzinnigenwet, waar de opname van ontoerekeningsvatbaar verklaarde plegers van strafbare feiten aan de orde komt, wel degelijk een formulering bevat met mogelijk een algemenere strekking. Het gaat daar om plaatsing in een krankzinnigengesticht van 'iemand die een strafbaar feit gepleegd heeft, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner verstandelijke vermogens niet als misdrijf kan worden toegerekend'.[239] Ongeveer dezelfde formulering zou ook in het Wetboek van Strafrecht van 1886 worden opgenomen.

Evenals de Krankzinnigenwet van 1841 bepaalde die van 1884 dat opname in een gesticht slechts mogelijk was met een rechterlijke machtiging. Wel werd de procedure wat eenvoudiger doordat voortaan de kantonrechter in plaats van de arrondissementsrechter de machtiging in de regel verleende. Een meerderjarige bloedverwant of aangehuwde, de echtgenoot, voogd of curator van een krankzinnige kon hiertoe een verzoek indienen 'hetzij dit in het belang der openbare orde, of in dat van den lijder zelver wordt vereischt'. Tevens vermocht iedere meerderjarige, ‘die gevoelt, dat zijn toestand verpleging in een krankzinnigengesticht wenschelijk maakt’, zelf om plaatsing in een dergelijk gesticht verzoeken. De Arrondissementsrechtbank kwam er alleen nog aan te pas indien de officier van justitie een dergelijk verzoek indiende. Daartoe was deze onder meer bevoegd bij afwezigheid van de in de wet vermelde bevoegde personen, of zelfs verplicht indien hij plaatsing van de krankzinnige onder verzekerd toezicht 'in het belang der openbare orde of ter voorkoming van ongelukken noodzakelijk' achtte of indien hem was gebleken dat een krankzinnige werd verwaarloosd. In spoedeisende gevallen konden krankzinnigen voor een periode van hooguit acht dagen door de burgemeester in een krankzinnigengesticht of 'bij onvermijdelijke noodzakelijkheid' in een gevangenis in bewaring worden gesteld. Evenals de wet van 1841 bepaalde ook de wet van 1884 dat de rechterlijke machtiging slechts was te verlenen indien een bevoegde, niet aan het betreffende gesticht verbonden

---

[238] Geciteerd in Querido 1939, 83.

[239] Ontleend aan Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884. De term ontoerekeningsvatbaar komt overigens in deze wet niet voor. Zie hierna ook 1.9. over de gerechtelijke psychiatrie.

geneeskundige een recent opgestelde verklaring overlegde dat de persoon in kwestie 'in een toestand van krankzinnigheid verkeert'.

Voor de gestichtsgeneesheer was de taak weggelegd om gedurende de eerste twee weken na opneming dagelijks zijn bevindingen in een daartoe bestemd register bij te houden, vervolgens gedurende een half jaar minstens wekelijks, en daarna minstens maandelijks. Bovendien diende hij uiterlijk drie dagen na de opneming aan de officier van justitie bij de rechtbank van het arrondissement waarin het gesticht was gelegen, nader te berichten over de toestand van de patiënt en met name of diens toestand zijn 'verdere afzondering van de Maatschappij' rechtvaardigde. Vervolgens moest bij deze rechtbank binnen vier weken na de machtiging tot opname een nader verzoek, vergezeld van een gemotiveerde verklaring van de geneesheer van het gesticht, worden ingediend om de patiënt gedurende ten hoogste één jaar in het gesticht te verplegen. Eventueel kon verlenging worden aangevraagd. De rechtbank kon eventueel getuigen oproepen en ook de verpleegde zelf horen.

Nieuw was de in de wet van 1884 opgenomen mogelijkheid tot het verlenen van verlof aan de verpleegde om het gesticht voor een bepaalde tijd te verlaten. De bepalingen voor het ontslag weken niet noemenswaardig af van die in de eerste wet. Zo was geen rechterlijke toestemming voor ontslag vereist indien de geneesheer van oordeel was dat een patiënt geheel of in voldoende mate was hersteld. De wet van 1884 week wél af van die van 1841 waar het ging om het beheer van de goederen van de verpleegden – veelal een sinecure gezien de armlastige staat van de meesten – en hun ondercuratelestelling. De vroegere wet bepaalde dat verpleegden, voor zover zij al niet voor hun opname onder curatele stonden, pas na een verblijf van drie jaar in een gesticht onder curatele kwamen te staan. De latere wet schreef voor dat in een gesticht opgenomen meerderjarigen het beheer over hun goederen en, voor zover van toepassing, over dat van anderen automatisch verloren. Hun status was vergelijkbaar met een ondercuratelestelling volgens het Burgerlijk Wetboek. Indien noodzakelijk kon een provisionele bewindvoerder, bijvoorbeeld een familielid, het beheer overnemen tot het moment dat de verpleegde het gesticht verliet ofwel dat een curator over de betrokkene was aangesteld. Afgezien van de rechterlijke machtiging betekende deze eventueel ook na ontslag voortdurende handelingsonbekwaamheid een extra steen des aanstoots, zeker voor patiënten die over enig bezit beschikten, zoals de eerder aangehaalde mevrouw Stuten-te Gempt.

Afgezien van de reeds langer geventileerde bezwaren tegen de verplichte rechterlijke machtiging bleek de tweede Krankzinnigenwet allerminst ideaal. In zijn historisch overzicht schaarde P. van der Esch, inspecteur van het Staatstoezicht van 1955 tot 1967, de tweede Krankzinnigenwet onder de 'krakende wagens, die het langst duren'.[240] Zo bleek het ondoenlijk om binnen de hiervoor gestelde zes maanden voor ieder gesticht het maximum aantal verpleegden en het minimum aantal geneeskundigen vast te stellen en was pas in 1890 het moment daar dat alle hiertoe benodigde KB's waren afgekondigd. Bovendien werd daarna de inwerkingtreding nog twee jaar uitgesteld. Ook ontplooiden de provincies slechts weinig initiatieven om de overbevolking in de gestichten te verminderen en liet de medewerking van lagere overheden en gestichtsbesturen, bijvoorbeeld waar het ging om het aanbrengen van noodzakelijke

[240] Van der Esch 1975-1980, III: 70.

verbeteringen, te wensen over. Bovendien schortte het aan de naleving van de meldingsplicht van buiten de gestichten verpleegde krankzinnigen. Burgemeesters voerden ter verontschuldiging aan dat het onvoldoende duidelijk was wat onder krankzinnigheid diende te worden verstaan, dan wel dat idioten en imbecielen geen krankzinnigen waren. In hun verslag over de jaren 1888-1890 spraken de inspecteurs over een 'chaos van indolentie en tegenstand'. Als het aan hen had gelegen dan was alsnog een omschrijving van krankzinnigheid in de wet opgenomen.[241] Ook Querido, die een halve eeuw later een boek over het Nederlandse krankzinnigenrecht publiceerde en die zich sterk maakte voor een nieuwe wet, beschouwde het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid als een van de zwakke punten van de wet van 1884. De tegen het eind van de negentiende eeuw door Querido's vakgenoten geuite kritiek gold echter vooral de continuering van de rechterlijke machtiging.[242] In latere decennia zou de wet nog diverse wijzigingen ondergaan, onder meer op dit punt.

1.4.3. *De grenzen van krankzinnigheid*

Het ontbrak in de tweede Krankzinnigenwet dan wel aan een definitie van krankzinnigheid, maar zoals we zagen bood hij, evenals het Wetboek van Strafrecht van 1886, wél een uitleg van ontoerekeningsvatbaarheid in termen van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing der geestvermogens. In de praktijk strekte het Staatstoezicht zich uit over deze beide categorieën. Onder de noemer krankzinnige vielen zowel zwakzinnigen - indertijd met termen als idioten en imbecielen aangeduid - als geesteszieken, waartoe bijvoorbeeld ook epileptici werden gerekend. In de decennia na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet zou de afgrenzing van krankzinnigheid een belangrijk punt van aandacht vormen, zowel van juridische als van medische zijde. Terwijl juristen evenals de eerder vermelde inspecteurs voor een duidelijke begrenzing van krankzinnigheid geporteerd waren, lieten artsen zich hierover niet zo eenduidig uit. Sommigen maakten een scherpe scheiding tussen krankzinnigheid en overige psychische aandoeningen, anderen betoogden dat een dergelijke scheiding niet mogelijk was en spraken van een continuüm van geestes- en zenuwziekten.[243] Vooral artsen die op enigerlei wijze betrokken waren bij de behandeling van zenuwziekten, met de Leidse hoogleraar G. Jelgersma voorop, verdedigden dit laatste standpunt.

In de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen* kreeg deze problematiek met enige regelmaat aandacht. Zo schreef Tellegen, de geneesheer die Stuten-te Gempt in 1892 genezen verklaarde van haar krankzinnigheid, in 1884 een artikel over 'krankzinnigheid, hare oorzaken en hare behandeling'. De grens tussen gezondheid en krankzinnigheid was naar zijn mening geen scherpe en er was dan ook een overgangsgebied, 'bewoond door tal van halve gekken'.[244] Krankzinnigheid of verstandsverbijstering, door Tellegen als synoniemen opgevat, was in zijn visie, conform het indertijd wetenschappelijk gangbare fysiologische ziektebegrip in de natuurwetenschappelijke geneeskunde, een hersenaandoening en een in principe te genezen ziekte. Hoe sneller de behandeling na de manifestatie van de eerste ziekteverschijnselen begon, hoe beter de prognose. Tellegen verdeelde krankzinnigen in

[241] Van der Esch 1975-1980, III: 71.
[242] Querido 1939, 83, 94.
[243] Vergelijk De Boer et al. 1984, 78.
[244] Tellegen 1884, 8-9; vergelijk ook Wellenbergh 1883.

vier groepen: ten eerste de 'aangeboren krankzinnigen', waarmee hij op idioten en imbecielen doelde; ten tweede de krankzinnigen met 'eene grof materieele hersenaandoening', bijvoorbeeld lijders aan dementia paralytica; ten derde de lijders aan een intoxicatiepsychose, meestal door alcohol; en ten vierde de eigenlijke krankzinnigen met 'eene zeer duidelijke verstandelijke afwijking', waaronder de melancholici, de 'maniaci', de hallucinanten en waanzinnigen en de dementen.[245] Hoewel Tellegen het belang van een tijdige behandeling onderstreepte, waarschuwde hij anderzijds tegen een te haastige gestichtsopname. 'Zoolang bij het groote publiek de krankzinnigheid nog in een slechten reuk staat en hij, die in een gesticht geweest is, daarop wordt aangekeken, zoolang is het wenschelijk, niet zonder ernstige redenen daartoe over te gaan.' Vandaar, zo vervolgde Tellegen, dat degenen die het konden betalen eerder in een Duitse inrichting voor zenuwzieken of in een *maison de santé* terechtkwamen. 'Zenuwachtig of ziek wil men wel genoemd worden. Het heet dat men eene koudwaterkuur moet ondergaan. En wanneer men geneest, is men niet krankzinnig geweest, alleen wat overspannen of overwerkt.'[246]

Opmerkingen van een dergelijke strekking vielen ook na 1884 nog veelvuldig te beluisteren. In dat licht bezien is het bepaald niet verwonderlijk dat sedertdien ook in Nederland diverse herstellingsoorden of sanatoria voor 'zenuwlijders' tot stand kwamen.[247] Jelgersma, die in de jaren 1894-1899 geneesheer-directeur van het Arnhemse sanatorium voor zenuwlijders de Vogel- en Plantentuin was en zich als hoogleraar in Leiden vervolgens inzette voor de totstandkoming van het sanatorium Rhijngeest voor zenuwlijders, was evenals Tellegen van oordeel dat krankzinnigheid niet scherp viel te begrenzen. In een in 1890 gepubliceerde kritiek op de opnameregels in de Krankzinnigenwet van 1884, wees hij er althans op dat de diagnose van krankzinnigheid moeilijk was en 'de grens tusschen nervosisme en krankzinnigheid in het algemeen niet is te stellen'.[248] Lijders aan functionele - dat wil zeggen zonder aantoonbaar lichamelijke oorzaak - neurosen, en dan vooral lijders aan hysterie, neurasthenie en diverse soorten dwanggedachten, voerde hij op als gevallen die op de grens van krankzinnigheid verkeerden.[249] Jelgersma's voornaamste bezwaar tegen de wet was dat een gestichtsopname altijd een officiële krankzinnigheidsverklaring vereiste. En dat terwijl krankzinnigheid een ziekte was waarvoor een ieder zich schaamde: 'de ziekte moge doorgaan voor zenuwachtigheid, voor toevallen, voor alles, als het maar geen krankzinnigheid is.'[250] Evenals Tellegen en Jelgersma gaf ook J. van Deventer, geneesheer-directeur van het gesticht Meerenberg te Santpoort, in 1892 te kennen dat iedere poging om krankzinnigheid precies te definiëren en scherp af te bakenen schipbreuk had geleden.[251]

Niet iedereen was een dergelijke mening toegedaan. Inspecteur Van Andel leek zich niets aan te trekken van de door zijn vakgenoten aangevoerde bezwaren. In een toespraak in 1896 voor de NVP toonde hij zich vanuit 'administratief-praktisch oogpunt'

---

[245] Tellegen 1884, 13-14.
[246] Tellegen 1884, 44.
[247] Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders en bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884-1940.
[248] Jelgersma 1890, 88.
[249] Jelgersma 1890, 104. Zeven jaar later zou diens leerboek over dit thema verschijnen: Jelgersma 1897a.
[250] Jelgersma 1890, 86.
[251] Van Deventer 1892b, 234.

tevreden met een bondige omschrijving van krankzinnigheid. 'Krankzinnig is hij, die ten gevolge van gebrekkige ontwikkeling, of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens, niet in staat [is] zich zelven te leiden of de rechten van anderen te eerbiedigen.'[252] Het voordeel van deze definitie was volgens Van Andel dat ook *idioten* eronder te vatten waren - een opmerking die hij niet nader beargumenteerde. Hoe dan ook, voor hem was duidelijk wat krankzinnigheid inhield en waar de grenzen ervan lagen. In een reactie op Van Andel opperde de Aalsmeerse arts J.W.H. Wijsman in 1899 een alternatieve, maar eveneens dichotome oplossing. Terwijl Van Andel in Wijsmans woorden een ieder als krankzinnig beschouwde 'die idioot of onwijs is', ging het er Wijsman primair om vast te stellen wie *uit maatschappelijk oogpunt* als krankzinnig kon gelden. Volgens hem was dat iedereen 'die handelend volgens overtuiging en beste weten, daden verricht schadelijk voor de lichamelijke of stoffelijke belangen van het algemeen, hemzelf, dergenen die aan zijn zorgen zijn toevertrouwd, of van derden.'[253]

Ondanks zijn bezwaren tegen een nauwe omschrijving van krankzinnigheid wenste ook Jelgersma een tweedeling te maken, en wel tussen een wetenschappelijke en een praktische diagnose van krankzinnigheid. Een wetenschappelijke diagnose, zo betoogde hij in 1897 in een artikel over zenuwinrichtingen, was iets anders dan een oordeel over de maatschappelijke noodzaak tot opname in een krankzinnigengesticht. De vrijheidsberoving waarmee de gestichtsopname gepaard ging, zouden medici, zo benadrukte hij, 'alleen als een noodzakelijk kwaad' moeten beschouwen.[254] Als het om zenuwlijders ging, die blijk gaven van ziekte-inzicht en die zich vrijwillig onder behandeling stelden, dan verdiende opname zonder vrijheidsberoving in een zenuwinrichting veruit de voorkeur. Jelgersma herhaalde dit standpunt nog eens in andere bewoordingen in de inleiding tot zijn *Leerboek der functioneele neurosen* uit datzelfde jaar. Het inmiddels veelgebruikte onderscheid tussen functionele neurosen en psychosen achtte hij vanuit wetenschappelijk oogpunt niet langer houdbaar, onder meer omdat beide ziektetoestanden zeer geleidelijk in elkaar zouden overgaan. Praktisch gezien zag hij echter wel degelijk de noodzaak, en kennelijk ook de mogelijkheid, van een scheiding tussen neurosen en psychosen, aangezien bij de neurosen wel ziekte-inzicht bestond en bij de psychosen niet. Juist op het gebrek aan ziekte-inzicht berustte, volgens Jelgersma, 'de maatschappelijke gevaarlijkheid der psychosen'.

> Van daar de maatschappelijke scheiding, die noodig is geweest in zieken, die gevaarlijk zijn voor zich zelf en de openbare orde en anderen, die dat niet zijn. De eersten zijn de krankzinnigen, de laatsten zijn de zenuwlijders. Voor de eersten is noodig gebleken eene opheffing van hunne persoonlijke vrijheid, voor de laatste is het dat niet.[255]

Jelgersma liet hier evenwel vrijwel direct op volgen dat lang niet alle lijders aan psychosen van hun vrijheid behoefden te worden beroofd: voor lichte gevallen, zoals lijders aan melancholie, was dat niet nodig. De implicatie van Jelgersma's redenering was

---

[252] Van Andel 1896, 131.
[253] Wijsman 1899, 182.
[254] Jelgersma 1897b, 186, 188.
[255] Jelgersma 1897a, 2.

dat zij eventueel ook in een instelling voor zenuwlijders terecht konden, ook al zei hij dat niet met zoveel woorden.

Duidelijker was de visie die de redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in 1897 verkondigde met betrekking tot het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid in de Krankzinnigenwet. Daardoor liet de wet

> vrijheid om in zoogenaamde zenuw-inrichtingen personen te herbergen, die noch in hun eigen, noch in anderer belang in de eigenlijke gestichten thuis behooren, die volstrekt niet gevaarlijk zijn voor zichzelf of anderen, die naar de communis opinio niet krankzinnig zijn, maar op wie evenwel een definitie van krankzinnigheid van toepassing zou kunnen verklaard worden. Deze zenuw-inrichtingen, wier ontstaan in onze oogen, een der meest nuttige der indirecte gevolgen van de Wet van 1884 is geweest, hebben een zeer gewenschten invloed op de gestichten uitgeoefend.[256]

Deze uitspraak moet Jelgersma als muziek in de oren hebben geklonken. Waar hij nog een enigszins dubbelzinnig standpunt innam als het ging om de afgrenzing tussen krankzinnigen en zenuwlijders, daar liet de geneesheer-directeur van het gesticht Brinkgreven bij Deventer, J.L.Ch.G.A. le Rütte, er in 1904 geen enkel misverstand over bestaan waar het volgens hem op stond. Hij was van oordeel dat het onmogelijk was 'om practisch een grens te trekken tusschen zenuwzieken en krankzinnigen, daargelaten of 't wetenschappelijk mogelijk en gewenscht is.'[257] Dit geluid viel ook nadien nog met enige regelmaat te beluisteren.[258]

Kortom, terwijl Van Andel en Wijsman uit praktisch of maatschappelijk oogpunt een duidelijke afbakening van krankzinnigheid mogelijk en gewenst achtten, trokken andere artsen deze in twijfel. Nadat in de jaren negentig van de negentiende eeuw een communis opinio leek te zijn ontstaan over de in wetenschappelijk opzicht vloeiende grenzen tussen enerzijds krankzinnigheid en anderzijds gezondheid en zenuwlijden, bleek de praktijk weerbarstiger. Juist de wettelijke bepalingen omtrent de krankzinnigverklaring plaatsten de verantwoordelijken voor een lastig dilemma. Enerzijds was wel een duidelijke afpaling van krankzinnigheid nodig om de met opname in een gesticht gepaard gaande vrijheidsberoving te verantwoorden, anderzijds bleek een dergelijke grens hoe dan ook poreus en voor discussie vatbaar.[259] In hun kritiek op de dichotome interpretatie van krankzinnigheid en op de wettelijke voorschriften ten aanzien van opname en verblijf in een krankzinnigengesticht wisten medici zich gesteund, zo niet aangemoedigd, door de publieke opinie. Wanneer zij verbonden waren aan inrichtingen voor zenuwlijders of werkzaam waren als vrijgevestigd zenuwarts, konden zij bovendien verzekerd zijn van een clientèle die in staat en bereid was zelf de kosten te dragen van behandeling en verpleging, en die op die manier hoopte te ontsnappen aan het stigma van krankzinnigheid en gestichtsopname.

---

[256] Redactioneel *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1897, 374.
[257] Geciteerd in Legemaate 1991, 46.
[258] Zie bijvoorbeeld: Schermers 1908, 4.
[259] Onderzoek op basis van patiëntendossiers laat zien dat de grenzen van 'krankzinnigheid' in de praktijk vloeiend waren. Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding; Gijswijt-Hofstra 2004. Zie 1.5.2. Tussen thuis en gesticht en 1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest.

In 1904 onderging de Krankzinnigenwet een zodanige wijziging dat inrichtingen die onder openbaar bestuur of een instelling van weldadigheid vielen, bij Koninklijk Besluit een 'aanwijzing' konden krijgen op grond waarvan zij buiten de wettelijke formaliteiten om meer dan twee krankzinnigen mochten opnemen.[260] Daarmee beoogde de wetgever een tweetal veranderingen in te voeren. Ten eerste kwam hierdoor de weg vrij voor aangewezen universiteitsklinieken – te beginnen met die in Groningen - om zowel 'krankzinnigen' als 'zenuwlijders' te verplegen en wel zonder dat een rechterlijke machtiging nodig was. Dit was een eerste, voorzichtige stap in de richting van een relativering van het juridische onderscheid en de scheiding tussen krankzinnigen en zenuwlijders. Ten tweede maakte de wetswijziging het mogelijk om rustige, ongeneeslijke krankzinnigen, onder wie dementen, vanuit krankzinnigengestichten over te plaatsen naar 'oude-mannen- en vrouwenhuizen en soortgelijke inrichtingen', zoals de memorie van toelichting het omschreef.[261] Deze overplaatsing was bedoeld om het plaatsgebrek in de gestichten te verminderen en hun behandelfunctie te versterken.

Naar achteraf bleek, zou de wetswijziging van 1904 tevens de benodigde wettelijke speelruimte bieden voor het in 1915 door inspecteur J.H. Schuurmans Stekhoven geïnitieerde instituut van de 'aangewezen afdeling': een open of sanatoriumafdeling van een gesticht waar opname eveneens zonder rechterlijke machtiging, op vrijwillige basis plaatsvond.[262] De gestichten die een dergelijke afdeling opzetten, gaf hij aanvankelijk de benaming 'inrichting voor zenuwlijders en zielszieken met eene afdeeling voor krankzinnigen'. Volgens zijn definitie waren zielszieken patiënten die zonder en krankzinnigen patiënten die met een rechterlijke machtiging waren opgenomen. Reeds in 1916 introduceerde Schuurmans Stekhoven de wat minder omslachtige term 'psychiatrische inrichting', een term die vervolgens decennialang gangbaar bleef. Voor alle duidelijkheid: de scheidslijn tussen de gestichtsafdeling en de open afdeling was een juridische - wél of geen rechterlijke machtiging vereist - en geen medische in de zin van al dan niet behandelbaar, zoals wel is gesuggereerd.[263]

De discussie over de grenzen van krankzinnigheid betrof niet alleen de verhouding tot zenuwziekten, maar ook de plaats die artsen idiotie toebedachten. Idiotie - en ook de lichtere variant imbecillitas - gold indertijd als een vorm van krankzinnigheid, hoewel niet voor iedereen. Van Andel wees er in 1896 op dat de rangschikking van idioten onder krankzinnigen, hoewel een vaststaand feit voor veel artsen, zowel in medische als lekenkring omstreden was.[264] Volgens de Memorie van Toelichting op de Krankzinnigenwet van 1884 was idiotie een soort krankzinnigheid en vielen idioten net als (andere) krankzinnigen onder het Staatstoezicht. Tegelijkertijd bevatte de Memorie een pleidooi voor de scheiding tussen deze twee groepen met het oog op hun verpleging.[265] Alleen al gezien het aanzienlijke contingent minderjarigen onder de idioten lag dat voor de hand.

Pas ten tijde van de Eerste Wereldoorlog kwam de term zwakzinnigheid in zwang. Zo schreef inspecteur Schuurmans Stekhoven in 1915 over Huize Padua te

---

[260] Zie hierover Legemaate 1991, 44-47.
[261] Geciteerd in Legemate 1991, 45.
[262] Zie Schuurmans Stekhoven 1915; Schuurmans Stekhoven 1916; Van Lier 1917.
[263] De Ridder 1984. Meer hierover in 2.2.2. De aangewezen of sanatoriumafdeling.
[264] Van Andel 1896, 132.
[265] Van der Esch 1975-1980, III: 45.

Boekel dat een paviljoen voor 'niet-vrije verpleging' (waarvoor een rechterlijke machtiging nodig was) van idioten en imbecillen niet, zoals tot dusver gebruikelijk, de naam zou dragen van idiotengesticht maar van zwakzinnigengesticht: deze aanduiding zou voor familieleden minder stuitend zijn en bovendien correcter omdat behalve idioten ook imbecielen in dit gesticht aanwezig waren en beide categorieën als zwakzinnigen waren te betitelen.[266] Tezelfdertijd kreeg deze instelling bij Koninklijk Besluit een aanwijzing met de vergunning om twee paviljoens te bestemmen voor de verpleging van rustbehoevenden en voor de vrije verpleging van zwakzinnigen en krankzinnigen. De nevenschikking van de beide laatstgenoemde categorieën is veelzeggend.

1.4.4. *Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg*

De tweede Krankzinnigenwet markeert een nieuwe fase in de Nederlandse krankzinnigenzorg. Al verschilde deze wet slechts op onderdelen van de eerste Krankzinnigenwet en vormde zij niet de directe oorzaak van nieuwe ontwikkelingen - het in 1884 geopende Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik vormt een uitzondering - opmerkelijk is wél dat zich al spoedig een hausse in de bouw van krankzinnigengestichten begon af te tekenen. Terwijl tussen 1841 en 1884 drie nieuwe gestichten waren geopend[267], werden in de resterende jaren van de negentiende eeuw maar liefst zes gestichten en drie buiten- of succursaalgestichten - dependances van stadsgestichten op het platteland - gebouwd.[268] Een viertal kleinere, overwegend slechts korte tijd bestaande particuliere gestichten en de eveneens onder het Staatstoezicht vallende 'idiotengestichten' zijn hierbij niet meegerekend.[269] Had voordien het initiatief overwegend gelegen op stedelijk, veelal semi-publiek niveau (zelfstandige stichtingen onder beheer van stedelijke regentencolleges[270]) dan wel, in het geval van Meerenberg, bij het bestuur van de provincie Noord-Holland, vanaf 1884 kwam daar de rijksoverheid

---

[266] Schuurmans Stekhoven 1915, 556. Zie voor indertijd gebezigde classificaties van idiotie, imbeciliteit en dergelijke: Mans 1998, 161-163.

[267] Het provinciaal gesticht te Meerenberg te Bloemendaal (1849), het gemeentelijke gesticht aan de Academiestraat te Franeker (1851) en het particuliere, katholieke gesticht Coudewater te Rosmalen (1870).

[268] De Rijkskrankzinnigengestichten te Medemblik (1884) en Grave (1898); de (semi-)publieke gemeentelijke gestichten Voorburg te Vught (1885, buitengesticht van Reinier van Arkel te Den Bosch, dat onder de Godshuizen viel), Brinkgreven (1894/1878, buitengesticht van het St. Elisabeths Gasthuis te Deventer), Vrijenban (1894, buitengesticht van het St. Jorisgasthuis te Delft; wordt hierna niet apart geteld omdat de beide gestichten bij KB uit 1902 werden samengevoegd tot St. Jorisgasthuis) en het Leidse gesticht Endegeest te Oegstgeest (1897); de particuliere, gereformeerde gestichten Veldwijk te Ermelo (1886), Bloemendaal te Loosduinen (1892) en Dennenoord te Zuid-Laren (1895). Hoewel strikt genomen geen buitengesticht, verdient ook de uitbreiding van het provinciale gesticht Meerenberg met Meerenberg II in 1888 vermelding.

[269] De vier kleinere gestichten waren: het Gesticht aan de Nieuwe Gracht te Haarlem (1887-1895), Villa Ruimzicht te Ede (1895-1902), Noorderhaven te Groningen (1896-1903) en Veldzicht te Gorssel (1898-1938). Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940. Zie voor informatie over de idiotengestichten verderop in deze paragraaf alsmede bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

[270] Zie bijvoorbeeld: Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 57-58. Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

bij en, nog belangrijker, gingen particuliere, confessionele organisaties zich actief inzetten. Evenals op andere terreinen van het maatschappelijk leven, manifesteerde de verzuiling zich ook in de krankzinnigenzorg. De gereformeerden liepen hierbij voorop. In de jaren 1900-1914 gingen de bouwactiviteiten door, nu ook van katholieke en joodse zijde: nog eens elf nieuwe gestichten openden hun deuren, waaronder één buitengesticht en twee instellingen ter vervanging van oude stadsgestichten.[271] De hervormden zouden pas in de jaren dertig hun eerste gestichten opzetten.[272]

De periode van 1884 tot aan de Eerste Wereldoorlog kenmerkt zich niet alleen door een flinke toename van de hoeveelheid gestichten (van 14 naar 31, inclusief de buitengestichten) en het opmerkelijke aandeel van het verzuilde bouwen – bijna de helft van de nieuwe gestichten kwam voort uit particulier, veelal confessioneel initiatief – maar ook door een toenemende populariteit van bouwen op het platteland en van het paviljoenstelsel. Bovendien laat deze periode een beginnende differentiatie zien door de totstandkoming van een vooralsnog bescheiden aantal aparte voorzieningen voor zwakzinnigen, epileptici en alcoholisten, naast de al aangestipte inrichtingen voor zenuwlijders. Voorts bracht de academische vestiging van de psychiatrie de oprichting van een vijftal psychiatrisch-neurologische (semi-)universiteitsklinieken met zich mee.[273]

In het jaar dat de tweede Krankzinnigenwet van kracht werd, telde Nederland 14, merendeels stedelijke krankzinnigengestichten. De 8 oudste, van voor de negentiende eeuw daterende gestichten waren zonder uitzondering stadsgestichten.[274] Van de 6 negentiende-eeuwse gestichten die Nederland in 1884 telde, waren er 3 in een stad en 3 op het platteland gesitueerd.[275] Terwijl de 8 oudste gestichten onder stedelijk toezicht of beheer stonden, bieden de latere gestichten een gevarieerder beeld met één provinciaal gesticht (Meerenberg bij Santpoort), 2 stadsgestichten (Calvariënberg in Maastricht en het gesticht te Franeker) en 3 particuliere gestichten, waarvan 2 van katholieke (Huize

---

[271] Het provinciaal gesticht Duin en Bosch te Castricum (1909; ter overbrugging was tijdelijk het Gesticht aan de Zwanenburgwal te Amsterdam (1905-1910) in gebruik); Oud-Rosenburg te Loosduinen van de gemeente Den Haag (1900) ter vervanging van het Gesticht Slijkeinde per 1909; Het Groot Graffel te Warnsveld, buitengesticht van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen (1900); Maasoord te Poortugaal van de gemeente Rotterdam ter vervanging van het Doorgangshuis (1909); de Willem Arntsz Hoeve, buitengesticht van Willem Arntsz Huis te Utrecht die onder het beheer van een Stichting viel (1911); het particuliere, gereformeerde gesticht Wolfheze te Wolfheze (1907); het particuliere, gereformeerd-hervormde Vrederust te Bergen op Zoom (1909), het particuliere, katholieke St. Servatius (1907) en St. Anna (1908) te Venray en St. Bavo te Noordwijkerhout (1914); het particuliere, joodse Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn (1909).

[272] Het in 1909 geopende Vrederust te Bergen op Zoom was een gezamenlijk gereformeerd-hervormde onderneming van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland.

[273] Zie over instellingen voor zenuwlijders: 1.6. De zorg voor zenuwlijders; over universiteitsklinieken: 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie; over voorzieningen voor alcoholisten: 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.

[274] Het betreft Reinier van Arkel te s-Hertogenbosch (1442), het Willem Arntsz Huis te Utrecht (1461), het St. Elisabeths Gasthuis te Deventer (1581), het Gesticht aan de Hooghstraat te Rotterdam (1599-1909), het Gesticht aan het Slijkeinde te Den Haag (1607-1900), het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen (1625), het St. Jorisgasthuis te Delft (1729) en het Krankzinnigengesticht te Dordrecht (1760-1898). Zie voor een overzicht van oudere, vóór 1884 opgeheven gestichten Van der Esch 1975-1980, II: 3.

[275] Het betrof respectievelijk: Calvariënberg, het voormalige Zinnelooshuis, te Maastricht (1843), het Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht te Amsterdam (1845), het Krankzinnigengesticht te Franeker (1851), Huize Padua te Boekel (1822; werd in 1841 als bewaarplaats en in 1885 als krankzinnigengesticht erkend), Meerenberg te Bloemendaal (1849) en Coudewater te Rosmalen (1870).

Padua te Boekel en Coudewater in Rosmalen) en één van joodse signatuur (Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht in Amsterdam). Reeds voor de invoering van de tweede Krankzinnigenwet en voordat gereformeerden eigen gestichten opzetten, waren dus van katholieke en joodse zijde al activiteiten ontplooid. Toch waren deze particulier-confessionele inspanningen nog maar een bescheiden voorbode van wat na 1884 zou volgen.

Vergelijken we de negentiende-eeuwse bouw van gast- of ziekenhuizen met die van krankzinnigengestichten, dan valt te constateren dat tussen 1810 en 1900 in totaal 108 nieuwe ziekenhuizen en sanatoria zijn opgericht, waarvan het merendeel na 1850 en vooral na 1880 – een tendens die op veel bescheidener schaal ook de bouw van krankzinnigengestichten te zien geeft. Van deze negentiende-eeuwse ziekenhuizen hadden er 45 (40 procent) een katholieke en 19 (17,5 procent) een protestantse signatuur. Op een bevolking van 37 procent katholieken en zo'n 60 procent protestanten was de katholieke inbreng opmerkelijk. Al eerder dan de katholieke kwamen enkele joodse ziekenhuizen van de grond. Voor zowel joden als katholieken gold dat zij hiermee, nadat hun gelijkberechtiging aan het eind van de achttiende eeuw de formele belemmeringen had weggenomen, uitdrukking gaven aan hun emancipatie. De katholieken konden daarbij putten uit het verplegend potentieel van de diverse zustercongregaties die sedert de jaren 1820 waren opgericht.[276] Diakonessen vervulden een soortgelijke functie in de protestantse diakonessenhuizen, waarvan er in de negentiende eeuw naar Duits voorbeeld 13 werden opgericht, te beginnen met het Utrechtse diakonessenhuis in 1844.

Na de Doleantie in 1886 onder leiding van de anti-revolutionaire voorman A. Kuyper - de dolerenden gingen in 1892 samen met een meerderheid van de Afscheidingsgemeenten van 1834 op in de Gereformeerde Kerken in Nederland - werden vanaf 1890 tot aan de eeuwwisseling 5 ziekenhuizen van gereformeerde signatuur gebouwd en kwam in 1894 de oprichting van de Vereeniging tot bevordering van Gereformeerde Ziekenverzorging in Nederland tot stand. Dat was gezien het betrekkelijk kleine aantal gereformeerden, zo'n 7 à 8 procent van de bevolking, geen geringe prestatie, zeker als we bedenken dat zij zich ook relatief gezien zéér actief betoonden in het krankzinnigenwezen. In de eerste helft van de twintigste eeuw kwam het katholieke aandeel in de ziekenhuisbouw nog hoger dan daarvoor te liggen, namelijk op 76 van de 142 tussen 1900 en 1950 gestichte ziekenhuizen, dus ruim de helft. Het totale protestantse (gereformeerde en Nederlands Hervormde) aandeel bleef beperkt tot 19 ziekenhuizen.[277]

De verhoudingen lagen anders waar het de bouw van particuliere krankzinnigengestichten betrof. Daar ontplooiden de gereformeerden, reeds voordat zij hun eerste ziekenhuis bouwden, onder aanvoering van de afgescheiden predikant en hoogleraar aan de Theologische Hogeschool Kampen L. Lindeboom en mede daartoe aangezet door Kuyper in de decennia na 1884 veruit de meeste activiteiten.[278] Afgezien van de bouw van Coudewater in 1870, een initiatief van lokale notabelen, kwamen de katholieken pas vanaf 1907 met eigen initiatieven en waren deze organisatorisch veel meer versplinterd dan die van de gereformeerden. Dat juist de gereformeerden zich op dit

[276] Zie bijvoorbeeld Eijt 1995.
[277] Drogendijk 1975, 33-55; Van der Korst 1988, 295-297; Bambang Oetomo 1974. Zie ook Van Lieburg 2000.
[278] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 23-36.

terrein zo duidelijk manifesteerden heeft te maken met hun specifieke opvattingen over geestesziekte en krankzinnigenverpleging. Al in 1875 pleitte Lindeboom voor barmhartige zorg op christelijke grondslag voor zieken, krankzinnigen, doofstommen en blinden. Evenals Kuyper stelde hij dat de bestaande krankzinnigenzorg en psychiatrie 'zielloos' waren en keerde hij zich tegen staatsbemoeienis op dit terrein. Aangezien geestesziekte een gevolg zou zijn van een gebrek aan geloof, duivelse invloeden of de straf van God voor zonde, achtten Lindeboom en zijn orthodox-protestantse geestverwanten zorg op bijbelse grondslag de beste geneeswijze voor krankzinnigen. Een dergelijke zorg viel in de algemene gestichten onvoldoende te realiseren.[279] Daar zou de met de zedenkundige behandeling verbonden godsdienstige invloed en nadruk op morele verantwoordelijkheid inmiddels uit het gestichtsleven verdwenen zijn - reden waarom de gereformeerden eigen gestichten oprichtten.[280] Volgens de gereformeerden waren krankzinnigen erbij gebaat in het eigen godsdienstig milieu en volgens de eigen christelijke normen in gestichtelijk nagebootst gezinsverband als het ware een morele heropvoeding te ondergaan om terugkeer naar de maatschappij mogelijk te maken.[281] Gereformeerden pleitten bovendien voor gezinsverpleging van krankzinnigen, in het eigen dan wel in een ander christelijk huisgezin.[282]

Een krankzinnigengesticht kon, anders dan een gewoon ziekenhuis, ook een landelijk bereik hebben. Voor een relatief kleine, maar zich zeer actief opstellende denominatie als de gereformeerden lag hier een interessante kans om de eigen idealen in praktijk te brengen. Voeg daarbij de gunstige constellatie van enkele gezaghebbende, zich voor de zaak inzettende gereformeerde leidersfiguren en een gulle, voor een klein deel ook draagkrachtige en op nationale schaal gemobiliseerde achterban, en het begin was er. Allereerst kwam in 1884 op initiatief van Lindeboom de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland tot stand.[283] Het twee jaar later geopende Veldwijk te Ermelo was het eerste in een reeks van vijf krankzinnigengestichten, een sanatorium voor zenuwlijders en een universiteitskliniek die de vereniging dan wel een later opgerichte zustervereniging oprichtten.[284] Na Veldwijk volgden de gestichten Bloemendaal te Loosduinen (1892), Dennenoord te Zuidlaren (1895), Wolfheze te Wolfheze (1907) en Vogelenzang te Bennebroek (1928), en voorts het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist (1903) en de Valeriuskliniek te Amsterdam (1910). Collectes, giften, contributies, legaten, leningen en verpleeggelden financierden de bouw en exploitatie van deze instellingen. Evenals dat

[279] Van Bergen 2005, 121, 119-139.
[280] Vijselaar 1997e, 270-271.
[281] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 49; Van Belzen 1989, 134-139.
[282] Zie 1.5.5: Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren.
[283] De vereniging werd in 1906 omgedoopt tot Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland, nadat in 1900 was overgegaan tot oprichting van een aparte, als 'kleine zuster' beschouwde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland en in 1903 een eigen voorziening voor zenuwlijders was geopend. In 1938 veranderde de naam van de vereniging in Vereeniging tot Christelijke Verzorging van geestes- en zenuwzieken. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 70-72 en Van Bergen 2005, 119-171.
[284] De vereniging was ook betrokken bij de oprichting van het gereformeerd-hervormde gesticht Vrederust te Bergen op Zoom.

voor andere gestichten gold, bekostigden de gemeentelijke armenkassen de verpleeggelden voor het overgrote deel.[285]

Veldwijk werd het protestants-christelijke modelgesticht. De kleinschalige paviljoenbouw in landelijke omgeving bood gunstige condities voor het in praktijk brengen van een christelijke variant van 'gezinsverpleging' binnen het gesticht, waarover later meer. Na Meerenberg bij Santpoort (1849) en Coudewater te Rosmalen (1870) was Veldwijk het eerstvolgende gesticht dat zich op geruime afstand van een stad in landelijke omgeving bevond.[286] Ook de latere gestichten van de vereniging waren op het platteland gesitueerd. Veldwijk was het eerste Nederlandse krankzinnigengesticht met een paviljoenstelsel, een bouwvorm die reeds vanaf 1880 in de ziekenhuisbouw gangbaar was.[287] De overige gereformeerde gestichten, alsook de meeste andere confessionele gestichten en het merendeel van de van overheidswege gebouwde gestichten zouden dit voorbeeld volgen.[288]

Dit van oorsprong Schotse 'cottage system' en ook in Duitsland toegepaste stelsel, dat de architect van Veldwijk tot inspiratie diende, hield in dat, in afwijking van het eertijds gebruikelijke corridorstelsel - een groot gebouw met lange gangen en aan weerszijden daarvan verblijf- en slaapzalen - kleinere, los van elkaar staande paviljoens, elk voor ongeveer dertig tot veertig patiënten, werden gebouwd. [289] Ieder paviljoen was voorzien van een eigen, door een hek afgescheiden tuin. Naarmate een gesticht over meer paviljoens beschikte, ontstond de mogelijkheid om de diverse afdelingen apart te huisvesten, bijvoorbeeld paviljoens voor observatie, voor rustige, halfrustige of onrustige patiënten, voor lichamelijk zieken en soms ook voor idioten. Dit alles gebeurde met inachtneming van de hoe dan ook geldende en wettelijk vastgelegde regel, namelijk de gescheiden onderbrenging van mannen en vrouwen.[290] De kleinschalige formule van Veldwijk met paviljoens, die ieder aan hooguit twintig patiënten onderdak boden, bleek relatief duur, onder meer omdat naar verhouding veel verplegend personeel nodig was. Mede om die reden en ook vanwege de aanwassende toestroom van patiënten kregen de andere gereformeerde gestichten paviljoens die ten minste het dubbele aantal patiënten konden huisvesten.[291] Ook de niet-gereformeerde gestichten met een paviljoenstelsel kregen grotere paviljoens.

Tegen het eind van de negentiende eeuw bood Veldwijk plaats aan ongeveer 400 patiënten; ruim tien jaar later, in 1910, was dat aantal al toegenomen tot bijna 600. Daarmee behoorde Veldwijk – evenals de andere gereformeerde gestichten – tot de middelgrote gestichten met zo'n 300 tot 600 bedden. Ruim de helft van de Nederlandse gestichten kende bij de eeuwwisseling een dergelijke omvang. Vanuit internationaal

---

[285] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 91-108. Zie ook Bakker en Van der Velden 2004a, hoofdstuk 1.
[286] Huize Padua (1822), ook op het platteland gelegen, had aanvankelijk niet de bestemming van krankzinnigengesticht.
[287] Drogendijk 1975, 47. Zie ook Mens 2003, 93-95.
[288] Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
[289] De toenmalige inspecteurs Ramaer en Van Cappelle hadden als voorstanders van het paviljoenstelsel de vereniging aangeraden om Duitse, volgens dit stelsel gebouwde inrichtingen te bezoeken, hetgeen gebeurde. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 44-50.
[290] Kerkhoven 1996, 101-102, 111-112; Mens 2003, 91-95.
[291] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 50.

perspectief bezien waren de Nederlandse gestichten dan ook betrekkelijk kleinschalig.[292] Van deze 'Nederlandse standaard' weken alleen Meerenberg met ongeveer 1.300 en Voorburg te Vught met tegen de 900 bedden aanzienlijk naar boven af.[293]

Om de rij van protestantse gestichten uit deze periode te completeren verdient ook het in 1909 geopende Vrederust te Bergen op Zoom vermelding. Dit gesticht was een initiatief van de uit 1904 daterende gereformeerd-hervormde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland. Dat het gesticht uiteindelijk niet in Zeeland, waar zich geen enkel krankzinnigengesticht bevond, maar in het naburige Bergen op Zoom terechtkwam, had te maken met de voorwaarden die de vereniging aan het terrein stelde: bosrijk, goed bereikbaar per trein of tram en voldoende drinkwater van goede kwaliteit. Een Zeeuwse locatie die aan deze voorwaarden voldeed, bleek niet voorhanden.[294] Hoewel primair bedoeld voor patiënten uit Zeeland, verschafte Vrederust ook onderdak aan patiënten van elders, met name uit Zuid-Holland en in mindere mate uit West-Brabant.[295]

Eveneens in 1909 opende de in 1898 opgerichte Vereeniging Het Centraal Israelietisch Krankzinnigengesticht in Nederland Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn. Dit gesticht had een landelijke functie, maar zou na de sluiting van het Nederlandsch Israelietisch Krankzinnigengesticht te Amsterdam in 1921 overwegend uit de hoofdstad afkomstige joodse patiënten opnemen. Anders dan de beide christelijke verenigingen ging het deze joodse vereniging niet om een door de eigen godsdienst geïnspireerde behandel- en verpleegwijze van geesteszieken, maar, beperkter, om daarin plaats te bieden aan de naleving van de voorschriften van de Israëlitische godsdienst. Het Apeldoornsche Bosch werd gebouwd volgens de formule van het 'groot-paviljoen-systeem', ook wel kazernebouw genoemd, ter onderscheiding van het 'klein-paviljoen-systeem' met losse paviljoens voor de verschillende afdelingen.[296]

De katholieke bouwactiviteiten kwamen, zoals gezegd, ruim twintig jaar later op gang dan die van de gereformeerden. Zij beschikten echter reeds over een tweetal gestichten in Noord-Brabant. Het in 1822 opgerichte Huize Padua te Boekel van de Broeders Penitenten kreeg, na vanaf 1841 als bewaarplaats voor krankzinnige mannen te hebben gefungeerd, in 1885 erkenning als krankzinnigengesticht.[297] Het in 1870 geopende particuliere gesticht Coudewater te Rosmalen was weliswaar niet in handen van een congregatie, maar droeg wel een duidelijk katholieke signatuur aangezien de verpleging aan religieuzen, namelijk de Broeders en Zusters van Barmhartigheid uit het Belgische Ronse, was toevertrouwd.[298] Bovendien had het uit 1442 daterende semi-publieke gesticht Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch al vanaf 1853, toen de bisschoppelijke hiërarchie werd hersteld, religieuzen voor de verpleging van krankzinnigen ingezet: de broeders van O.L. Vrouw van Lourdes uit België en de reeds

---

[292] Zie Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005, 26.
[293] Van der Esch 1975-1980, I: 81. Zie voor informatie over de ontwikkeling van de capaciteit bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
[294] Pas in 1981 zou een psychiatrisch ziekenhuis worden opgericht op Zeeuwse bodem, namelijk het Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Goes.
[295] Gorisse 1997, 12-17, 26.
[296] Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 21-29.
[297] Van der Esch 1975-1980, II: 99-100.
[298] Jongmans 1971; Jongmans 1985. Zie over de Broeders van Liefde ook: Klijn 2007.

genoemde Zusters van Barmhartigheid.[299] Het in 1885 geopende buitengesticht Voorburg te Vught zou dit voorbeeld volgen.[300] Zo bezien bleef de betrokkenheid bij de krankzinnigenzorg van katholieke zijde dus niet achter bij die van de gereformeerden.

Toen het begin twintigste eeuw tot de bouw van nieuwe katholieke gestichten kwam, lag het initiatief hiertoe, anders dan bij de gereformeerden en later ook de hervormden die hun bouwactiviteiten in verenigingsverband ontplooiden, bij Belgische broeder- of zustercongregaties. Als eersten richtten in 1907 de Broeders van Liefde uit Gent een gesticht op, het voor mannelijke krankzinnigen bestemde St. Servatius te Venray. Een jaar later volgden de Zusters van Liefde met een gesticht voor vrouwelijke krankzinnigen, St. Anna, eveneens te Venray.[301] Het derde katholieke gesticht uit deze periode, het in 1914 geopende St. Bavo te Noordwijkerhout, ook van de Broeders van Liefde, was tevens het eerste dat zich boven de grote rivieren bevond.[302] De Zusters van Liefde lieten zich evenmin onbetuigd, zij het dat zij pas met de stichting van Sancta Maria in 1928 naar Noordwijkerhout kwamen. Al deze katholieke gestichten bestonden uit paviljoens. Evenals de gereformeerde gestichten behoorden ook de katholieke uit deze periode tot de middelgrote instellingen.

Met voorbijgaan aan een viertal kleinere gestichten die slechts korte tijd bestonden, resteren nog de in de periode 1884-1914 van overheidswege gebouwde en de provinciale gestichten. Het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884) was primair bestemd voor personen voor wie de provincies en gemeenten geen verantwoordelijkheid op zich namen, zoals krankzinnige militairen en misdadigers alsmede patiënten zonder vaste woonplaats, die buiten de gemeentelijke armenzorg vielen.[303] Nadat dit door een wetswijziging in 1896 mogelijk was gemaakt, werd in 1898 te Grave een tweede, kleiner Rijkskrankzinnigengesticht voor vrouwen geopend. Het Medemblikse gesticht nam hierna alleen nog mannen op. De provincie Noord-Holland bleef de enige provincie met eigen gestichten. Naast Meerenberg, dat in 1888 een forse capaciteitsuitbreiding onderging, kwam daar in 1909 het provinciale Noord-Hollandse gesticht Duin en Bosch te Castricum bij.[304]

Een aantal oudere stadsgestichten breidde zich uit door middel van vestigingen buiten de stad. Het eerste buitengesticht, dat van Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch, kwam in 1885 gereed: Voorburg te Vught.[305] Het in 1878 aangekochte en op zeer bescheiden schaal in gebruik genomen Deventerse buitengesticht Brinkgreven bood met ingang van 1894 onderdak aan zo'n 200 patiënten.[306] Het Delftse buitengesticht Vrijenban ging eveneens in 1894 open.[307] Daarop volgde in 1900 het Zutphense buitengesticht Het Groot Graffel te Warnsveld.[308] Het Willem Arntsz Huis te Utrecht

---

[299] Kappelhof 1992.
[300] Binneveld en Wolf 1985.
[301] Billekens et al. 2005.
[302] [Sint Bavo] 1965.
[303] Cahn 1970. Zie over Medemblik ook: Van der Esch 1970 en 1.9. over gerechtelijke psychiatrie.
[304] Danner 1997, 74-89. En voorts Van Kleffens 1959.
[305] Binneveld en Wolf 1985.
[306] Hogenstijn 1987, 70.
[307] Slangen 1994.
[308] Van der Esch 1975-1980, I: 81.

nam tot slot in 1911 de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder officieel als buitengesticht in gebruik.[309]

Enkele grote gemeenten, te weten Leiden, Rotterdam en Den Haag, lieten compleet nieuwe gestichten bouwen, al dan niet ter vervanging van oude stadsgestichten. Het Leidse gemeentelijke gesticht Endegeest te Oegstgeest ging in 1897 open.[310] Het Rotterdamse gemeentelijke gesticht Maasoord te Poortugaal opende in 1909 zijn deuren. Tezelfdertijd kon het Doorgangshuis in Rotterdam - het oude Gesticht aan de Hoogstraat was na 1896 teruggebracht tot een bescheiden doorgangshuis - definitief sluiten.[311] Het semi-publieke Haagse, in 1900 geopende gesticht Oud-Rosenburg te Loosduinen, dat aanvankelijk als buitengesticht fungeerde, nam met de sluiting van het Gesticht aan het Slijkeinde te Den Haag in 1909 definitief de taken van dit oude gesticht over – de instelling waarover Stuten-te Gempt zich in 1892 had beklaagd.[312]

Dat Leiden, Rotterdam en Den Haag tot de nieuwbouw van eigen gestichten overgingen, was niet vanzelfsprekend. Als het aan de Inspectie had gelegen had de provincie Zuid-Holland het Noord-Hollandse voorbeeld gevolgd en zelf een provinciaal gesticht geëxploiteerd.[313] Volgens de Krankzinnigenwet was het immers de wettelijke taak van de provincies om te zorgen voor voldoende plaatsruimte voor de armlastige krankzinnigen uit de eigen provincie. In Zuid-Holland, met naar verhouding veel oude, voor de lokale bevolking bedoelde stadsgestichten, bleek de oprichting van een provinciaal gesticht evenwel geen haalbare kaart.[314] Na veel getouwtrek bleef het eerst bij de verbetering van de stadsgestichten, later gevolgd door nieuwbouw op het platteland. Voorts zag de provincie zich genoodzaakt plaatsen te reserveren in gestichten buiten Zuid-Holland, zoals in gesticht Vrederust te Bergen op Zoom. Ondanks een flinke capaciteitsgroei van de gestichten in Zuid-Holland - van ongeveer 930 in 1884 naar bijna 2.200 in 1910 – werd in 1913 maar liefst 40 procent van alle patiënten buiten de provincie verpleegd.[315]

---

[309] Van der Woord 1961, 365; Dankers en Van der Linden 1996.
[310] Blok en Vijselaar 1998.
[311] Van der Esch 1975-1980, I: 81. Zie ook Bakker, Blok en Vijselaar 1999.
[312] Van der Esch 1975-1980, I: 81.
[313] Nader onderzoek is wenselijk naar de besluitvorming ten aanzien van de voorziening in plaatsruimte voor de verpleging van krankzinnigen, de daarmee gepaard gaande machtsstrijd op de diverse niveaus en de rol van de Inspectie bij dit alles.
[314] Zie Vijselaar 1998a,14-21.
[315] Vijselaar 1998a, 21.

Bijlage: de 14 krankzinnigengestichten in Nederland per 1884 naar beheersvorm en signatuur

Reinier van Arkel, Den Bosch: (semi-)publiek
Willem ArntszHuis, Utrecht: (semi-)publiek
St. Elisabethsgasthuis, Deventer: (semi-)publiek
Gesticht aan de Hooghstraat, Rotterdam: (semi-)publiek (opgeheven in 1909)
Gesticht aan het Slijkeinde, Den Haag: (semi-)publiek (opgeheven in 1909)
Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen: (semi-)publiek
St. Joris Gasthuis, Delft: (semi-)publiek
Krankzinnigengesticht Dordrecht, Dordrecht: (semi-)publiek (opgeheven in 1898)
Huize Padua, Boekel: Rooms-Katholiek
Calvariënberg, Maastricht: (semi-)publiek
Nederlandsch Israëlisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam: Joods (opgeheven in 1921)
Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort: (semi-)publiek
Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker: (semi-)publiek
Coudewater, Rosmalen: Rooms-Katholiek

Bijlage: de 33 krankzinnigengestichten in Nederland per 1914 naar beheersvorm en signatuur

Opgericht voor de inwerkingtreding van de Tweede Krankzinnigenwet (1884)

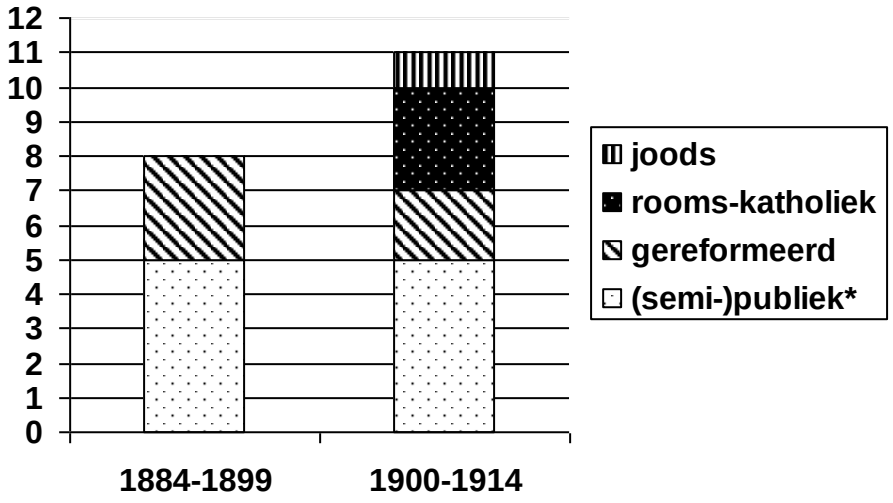
Reinier van Arkel, Den Bosch: (semi-)publiek
Willem ArntszHuis, Utrecht: (semi-)publiek
St. Elisabethsgasthuis, Deventer: (semi-)publiek
Gesticht aan de Hooghstraat, Rotterdam: (semi-)publiek (opgeheven in 1909)
Gesticht aan het Slijkeinde, Den Haag: (semi-)publiek (opgeheven in 1909)
Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen: (semi-)publiek
St. Joris Gasthuis, Delft: (semi-)publiek
Krankzinnigengesticht Dordrecht, Dordrecht: (semi-)publiek (opgeheven in 1898)
Huize Padua, Boekel: Rooms-Katholiek
Calvariënberg, Maastricht: (semi-)publiek
Nederlandsch Israëlisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam: Joods (opgeheven in 1921)
Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort: (semi-)publiek
Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker: (semi-)publiek
Coudewater, Rosmalen: Rooms-Katholiek

Opgericht na de inwerkingtreding van de Tweede Krankzinnigenwet (1884)

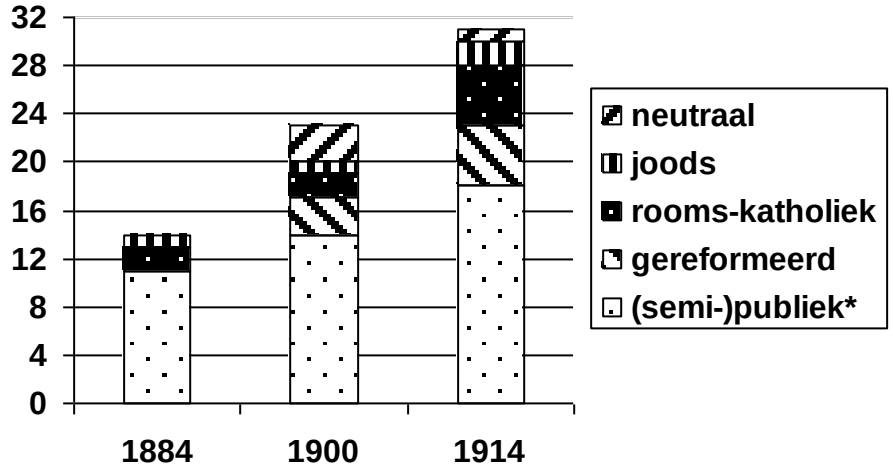
Brinkgreven, Deventer: (semi-)publiek
Rijkskrankzinnigengesticht, Medemblik (semi-)publiek
Voorburg, Vught: (semi-)publiek
Veldwijk, Ermelo: Gereformeerd/Hervormd
Bloemendaal, Loosduinen: Gereformeerd/Hervormd

Dennenoord, Zuidlaren: Gereformeerd/Hervormd
Endegeest, Oegstgeest: (semi-)publiek
Rijkskrankzinnigengesticht, Grave: (semi-)publiek
Oud-Rosenburg, Loosduinen: (semi-)publiek
Het Groot Graffel, Zutphen: (semi-)publiek
Wolfheze, Wolfheze: Gereformeerd/Hervorm
St. Servatius, Venray: Rooms-Katholiek
St. Anna, Venray: Rooms-Katholiek
Het Apeldoornsche Bosch, Apeldoorn: Joods
Maasoord, Rotterdam: (semi-)publiek
Vrederust, Bergen op Zoom: Gereformeerd/Hervormd
Duin en Bosch, Castricum: (semi-)publiek
Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder: (semi-)publiek
St. Bavo, Noordwijkerhout: Rooms-Katholiek

Figuur 1.1. Bouw/opening van krankzinnigengestichten naar beheersvorm en signatuur 1884-1899 en 1900-1914



Figuur 1.2. Totale voorraad aan krankzinnigengestichten naar beheersvorm en signatuur per 1884, 1900 en 1914



* Onder (semi-)publieke gestichten vallen de publieke gestichten welke beheerd werden door rijk, provincie of gemeente; semi-publieke gestichten zijn zelfstandige stichtingen welke beheerd werden door een college van regenten, die door de gemeentelijke of (ook) provinciale overheid werden benoemd.

Voor zwakzinnigen of, volgens de toenmalige terminologie, idioten kwamen in sommige krankzinnigengestichten aparte voorzieningen tot stand.[316] Zo had Meerenberg te Bloemendaal als eerste een aparte idiotenafdeling en, vanaf 1851, een gestichtsschool met apart onderwijs voor idioten[317], opende Voorburg te Vught rond 1890 een aparte afdeling en beschikte ook Huize Padua te Boekel vanaf 1902 daarover en vanaf 1916 over een aangewezen afdeling voor de vrije verpleging van zwakzinnigen en krankzinnigen. Van de ruim 100 idiote minderjarigen die rond 1902 in krankzinnigengestichten verbleven, waren er ruim 60 ondergebracht in de aparte afdelingen van de genoemde gestichten, terwijl er zich 40 in andere krankzinnigengestichten bevonden temidden van volwassen krankzinnigen.[318] Ook later opgerichte krankzinnigengestichten als Endegeest te Oegstgeest, St. Servatius te Venray en Het Apeldoornsche Bosch bouwden aparte afdelingen voor minderjarige idioten.

Als krankzinnigengestichten in de zin der wet kwamen in de periode 1884-1914 vijf idiotengestichten tot stand, alle op particulier initiatief en mede op aandrang van de Inspectie.[319] Drie ervan hadden een protestantse en twee een katholieke signatuur. De eerste was 's-Heerenloo te Ermelo (1891) van de (gereformeerde) Vereeniging tot Opvoeding en Verpleging van Geesteszwakke Kinderen, met zo'n 200 plaatsen aan het begin van de twintigste eeuw. In 1895 volgde de erkenning van Bethesda te Wagenborgen, een gesticht van de Vereeniging tot Christelijke Liefdadigheid, met ongeveer 50 plaatsen voor jeugdige en volwassen idioten.[320] De twee katholieke idiotengestichten Huize Assisië te Udenhout en Boldershof te Druten volgden in respectievelijk 1904 en 1907. Huize Assisië bood in 1915 onderdak aan ongeveer 240 idiote jongens. Boldershof had in 1915 plaats voor ruim 60 idiote meisjes. De rij werd in 1911 voorlopig afgesloten met de oprichting van Lozenoord te Ermelo door dezelfde gereformeerde vereniging die twintig jaar eerder 's-Heerenloo had gesticht. 's-Heerenloo was voortaan bestemd voor uitsluitend jongens, Lozenoord alleen voor meisjes.[321] Behalve de geneeskundige idiotengestichten werden, in navolging van de in 1855 door de predikant C. van Koetsveld opgerichte Haagse gestichtsschool voor idioten, tussen 1900 en 1914 nog eens tien van dergelijke schoolinternaten opgezet.[322] Daarnaast boden katholieke 'liefdegestichten', zoals St. Anna en St. Joseph te Heel, en protestants-christelijke 'huizen van barmhartigheid', zoals in Wagenborgen en de Johannes Stichting te Nieuwveen, onderdak aan idioten en andere hulpbehoevenden.[323]

---

[316] Zie Van Deventer 1916. Zie voor een informatief overzicht van de zwakzinnigenzorg: Mans 1998. En voorts: Vijselaar 1993b. Zie ook 1.4.3. De grenzen van krankzinnigheid.

[317] Van Deventer 1916, 116; Van der Esch 1975-1980, III: 44; Weijers en Tonkens 1999, 356; Jak 1988, 94-99; Vijselaar 1997c, 59.

[318] Van Deventer 1916, 128-129; Van der Esch 1975-1980, III: 45.

[319] Het katholieke, in 1863 geopende St. Antoniusgesticht te Rotterdam kreeg in 1886 toestemming om maximaal 40 patiënten te verplegen die aan zwakzinnigheid dan wel epilepsie met psychische stoornissen leden. Zie Van der Esch 1975-1980, III, 50-51. Zie ook bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

[320] Van Deventer 1916, 139. Na de Tweede Wereldoorlog zou het gesticht te Wagenborgen zich ontwikkelen tot een psychiatrische inrichting voor chronici. Vanaf 1960 werd de naam Groot Bronswijk gehanteerd. Zie Klatter 1973.

[321] Jak 1988; Jak 1993; Kluit 1992.

[322] Zie voor een overzicht: Mans 1998, 200. Zie ook: Weijers en Tonkens 1999.

[323] Klijn 1995; Hakker 1997.

Het geheel overziend kwamen aparte voorzieningen voor zwakzinnigen in Nederland, vergeleken met landen als de Verenigde Staten, Duitsland en Engeland, pas in een laat stadium en in een traag tempo tot stand.[324] Eind 1909 verbleven ongeveer 500 vooral jongere 'idioten' in speciale idiotengestichten, tegenover ruim 2.000 - zowel minderjarigen als volwassenen - in de krankzinnigengestichten.[325] Slechts een klein deel van alle zwakzinnigen was in gestichten of tehuizen, van welke aard ook, ondergebracht. Naar schatting zaten er in 1912 ongeveer 4.000 zwakzinnigen in een of andere inrichting, dat wil zeggen ongeveer 7 zwakzinnigen op iedere 10.000 Nederlanders. Dat aantal zou pas vanaf halverwege de twintigste eeuw substantieel stijgen. Tegen 2000 waren ongeveer 33 zwakzinnigen op iedere 10.000 Nederlanders uit huis geplaatst, bijna een vervijfvoudiging vergeleken met een eeuw eerder.[326]

Ook de sedert eind negentiende eeuw tot stand gekomen inrichtingen voor epileptici en sanatoria voor alcoholisten berustten op particulier, overwegend protestants-christelijk initiatief. Het bleef echter bij een bescheiden aantal en hun capaciteit was klein, reden om hier niet verder bij stil te staan.[327] Voor zover epileptici en alcoholisten werden opgenomen kwam het overgrote deel terecht in krankzinnigengestichten.[328] Daarnaast konden minder zware gevallen van epilepsie en alcoholisme hulp krijgen in sanatoria voor zenuwlijders, met name in de beide grotere sanatoria voor zenuwlijders te Zeist en Oegstgeest.[329]

De hoofdlijnen zullen inmiddels duidelijk zijn. Na invoering van de Krankzinnigenwet van 1884 kwamen zowel van overheidswege als van particulier-confessionele zijde tal van nieuwe krankzinnigengestichten tot stand. J.M.W. Binnevelds bewering dat de overheid op het gebied van de krankzinnigheid geen daadkracht vertoonde en niet bijdroeg aan de uitbreiding van de gestichtscapaciteit, is niet geheel juist.[330] Volgens de hierboven aangehouden telling van 19 tussen 1884 en 1914 geopende krankzinnigengestichten - inclusief buitengestichten maar exclusief idiotengestichten - waren er 10 in de publieke of semi-publieke sector en 9 in de particuliere, confessionele sector gebouwd. Indien we niet alleen kijken naar het aantal nieuwe instellingen, maar ook naar hun capaciteit (inclusief de idiotengestichten), dan komt de (semi-)publieke sector nog sterker voor de dag met, volgens een telling van 1914, ongeveer 4.800 nieuwe bedden tegenover ruim 4.200 nieuwe bedden in de particuliere sector. Als we ook de nieuwbouw bij de in 1884 al bestaande gestichten - bijvoorbeeld Meerenberg II met ruim 400 bedden - meerekenen, dan blijkt de (semi-)publieke sector nog groter te zijn.[331]

---

[324] Mans 1998, 164.
[325] Weijers en Tonkens 1999, 367.
[326] Mans 1998, 166.
[327] Van Andel vermeldde in 1901 drie inrichtingen voor epileptici en vier sanatoria voor alcoholisten. Twee inrichtingen voor epileptici waren van de Christelijke Vereeniging voor de verpleging van lijders aan vallende ziekte, namelijk Bethesda-Sarepta te Haarlem (1884) voor vrouwelijke patiënten en Meer en Bosch te Heemstede (1885) voor mannelijke patiënten. De derde inrichting voor epileptici (en idioten) was van katholieke signatuur, namelijk het St. Antonius Gesticht te Rotterdam (1863). Zie Van Andel 1901. Zie verder 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.
[328] Zie bijvoorbeeld Van Deventer 1916.
[329] Schermers 1908. Zie voorts 1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest.
[330] Binneveld 1982, 117; vergelijk Binneveld 1985, 156 en ook Kerkhoven 1996, 100.
[331] Zie Van der Esch 1975-1980, I: 81.

Toch valt niet te ontkennen dat de bouw van krankzinnigengestichten in hoge mate in het teken stond van de indertijd opkomende verzuiling en daar op zijn beurt ook sterk toe bijdroeg. Naast de (semi-)publieke sector ontplooide de particuliere, confessionele sector in toenemende mate eigen initiatieven – na 1884 betrof het aanvankelijk gereformeerde, later ook katholieke en joodse initiatieven. Desalniettemin waren ook met de particulier-confessionele bouw en exploitatie van gestichten substantiële overheidsgelden gemoeid - vooral van provincies en gemeenten -, bijvoorbeeld in de vorm van provinciale leningen, voorschotten en de gegarandeerde bezetting van bedden tegen een bepaalde prijs. Het was immers de wettelijke taak van provinciebesturen om in voldoende plaatsruimte voor hun ingezetenen te voorzien, als het al niet binnen de provincie kon, dan toch daarbuiten. Dat juist in deze periode de grote bouwgolf op gang kwam, valt mede te begrijpen tegen de achtergrond van de inmiddels grotere financiële armslag voor overheidsingrijpen op sociaal gebied, waartoe met name de sociaal-liberale kabinetten in de jaren 1890 de aanzet gaven.

Voorts waren gemeenten krachtens de Armenwet verplicht om de verpleeg- en vervoerkosten voor krankzinnige, armlastige ingezetenen te betalen.[332] De Armenwet van 1854 had de betalingsverplichting voor medische armenzorg bij de gemeenten gelegd, aanvankelijk de gemeente waar iemand was geboren en vanaf 1870 de woongemeente. Krankzinnigenzorg was en bleef nog lange tijd overwegend armenzorg – rond 1910 ging het om maar liefst driekwart van de gestichtsbevolking en dit percentage zou daarna alleen nog maar stijgen.[333] Op hun beurt ontvingen de gemeenten per opgenomen armlastige krankzinnige een vaste jaarlijkse bijdrage van het rijk en van provincies uiteenlopende percentages van de verpleegkosten. De rijksbijdrage voor de verpleging van gemeentepatiënten werd in 1900 vastgesteld op veertig gulden per patiënt per jaar. (Bezuinigingen zouden in 1924 een einde maken aan deze tussentijds niet aangepaste en door de inflatie aan het eind van de Eerste Wereldoorlog sterk in waarde verminderde subsidie.) Daarnaast konden gemeenten krachtens de Armenwet de kosten van de armenzorg - dus inclusief die van de krankzinnigenverpleging - naar draagkracht verhalen op de armlastige patiënten en hun onderhoudsplichtigen, dat wil zeggen echtelieden, ouders, grootouders, kinderen of kleinkinderen. [334]

Rond de eeuwwisseling bedroegen de jaarlijkse kosten voor de verpleging van zo'n 8.000 krankzinnigen in de onder het Staatstoezicht vallende gestichten ongeveer twee miljoen gulden.[335] In 1909 was dit bedrag opgelopen naar ruim drie miljoen gulden voor inmiddels ongeveer 11.000 krankzinnigen. Op dat moment bedroeg het percentage krankzinnigen dat geheel voor rekening van familie of andere particuliere bronnen kwam ruim 18 procent. Het aandeel van de rijkspatiënten – verpleegden die geheel voor rekening van de rijksoverheid kwamen – bedroeg ongeveer 7 procent. De overigen waren gemeentepatiënten voor wie de gemeenten in 1909 ruim anderhalf miljoen gulden moesten betalen. Bijna de helft van de financiering van de krankzinnigenzorg kwam

[332] Zie onder meer Gijswijt-Hofstra 2002.
[333] De Wit 1991, 9 en 12. Bakker en Van der Velden 2004a, bijlage1. Zie voor de betreffende cijfers over 1914, 1919, 1924 en 1929: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, I: 157.
[334] Bakker en Van der Velden 2004a, 16; Bakker en Van der Velden 2004b, 1032.
[335] Bakker en Van der Velden 2004a, 13.

derhalve voor rekening van de gemeenten. De rest was, zoals tabel 1.1 aangeeft, min of meer gelijk verdeeld over particulieren, provincies en rijksoverheid.[336]

[336] Bakker en Van der Velden 2004a, 16-19; Bakker en Van der Velden 2004b, 1032-1035.

Tabel 1.1: Verdeling van de uitgaven aan krankzinnigenzorg in guldens (* 1000) en als percentage van de totale uitgaven

	1909		1929	
	Bedrag	Procent	Bedrag	Procent
Rijk	457	14,7	869	5,9
Particulier	674	21,6	3.416	23,1
Provincies	472	15,2	3.187	21,5
Gemeenten	1.512	48,5	7.317	49,4
Totaal	**3.115**	100	**14.789**	100

Bron: berekend op basis van informatie uit de verslagen van het Staatstoezicht en de armenzorgstatistieken van het CBS. (Bakker en Van der Velden 2004b, 1033)

Het zal duidelijk zijn dat het aandeel van de overheid in de krankzinnigenzorg aanzienlijk was. Afgezien van de regulering van de krankzinnigenzorg door middel van wetgeving en staatstoezicht, bestond dit aandeel uit een substantieel zorgaanbod van ten dele nieuwe (semi-)gemeentelijke, provinciale en, als novum, ook rijksgestichten, en uit de financiering van maar liefst bijna tachtig procent van de zorg

Gegeven hun verplichtingen in het kader van de Armenwet was er gemeenten – maar ook provincies - veel aan gelegen om krankzinnigen zo goedkoop mogelijk te laten verplegen. Om kosten te besparen werden armlastige krankzinnigen soms ver van huis ondergebracht.[337] Er konden evenwel ook andere, wel degelijk met het belang van patiënten corresponderende overwegingen zijn voor opname in een veraf gelegen gesticht, namelijk de confessionele signatuur ervan. Zo betrokken het gereformeerde gesticht Veldwijk en het joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch hun 'eigen' patiënten in principe uit het hele land. De uitbouw van het spoorwegnet had dit inmiddels vergemakkelijkt.

Gestichtsartsen toonden zich evenwel niet onverdeeld gelukkig met deze ontwikkeling. Met enige regelmaat spraken zij hun zorg uit over de kwalijke effecten van een te grote afstand tussen gesticht en familie.[338] Zeker armlastigen zagen zich immers met hoge kosten geconfronteerd als zij hun opgenomen krankzinnige familielid wilden bezoeken. Het dilemma was niet gering. Het was duidelijk dat de ook van medische zijde bepleite verpleging in een rustige plattelandsomgeving en in het eigen confessioneel milieu op gespannen voet stond met de evenzeer wenselijk geachte nabijheid van de familie. Aan dit dilemma zou pas in de laatste decennia van de twintigste eeuw definitief een einde komen met de invoering van regionalisatie, de organisatie van alle vormen van psychiatrische dienstverlening per regio.[339] Zover kwam het pas nadat de verzuiling en daarmee de confessioneel georganiseerde zorg aan belang hadden ingeboet en de rijksoverheid de regie in handen had genomen.

Veruit de meeste zorg maakten (gestichts)artsen en de Inspectie zich indertijd over de overbevolking en het plaatsgebrek in de gestichten, een zorg die overheden ten volle deelden. De statistieken, zonder aflaten door de Inspectie geproduceerd, logen er niet om. Had de gestichtsbevolking eind 1884 een omvang van ongeveer 4.800, eind 1914 was deze gestegen tot ruim 14.500.[340] Bij een bevolkingsgroei van 4,2 miljoen naar 6,2 miljoen hield dit in dat het promillage van in gestichten opgenomen krankzinnigen ten opzichte van het bevolkingscijfer van Nederland was gestegen van 1,1 naar 2,3.[341] Hoeveel er ook werd gebouwd, het was nooit genoeg. Het leek wel of iedere uitbreiding van de capaciteit een nieuwe stroom gestichtsbewoners aantrok. En alsof dat alles nog niet erg genoeg was, stegen bovendien de kosten voortdurend. Uiteraard leverde alleen al de groei van de gestichtsbevolking een navenant aanwassende kostenpost op, maar daar bleef het niet bij: ook de verpleegprijs per bed ging omhoog, voornamelijk als gevolg van

---

[337] Vergelijk Schuurmans Stekhoven 1922, 204: tabel XVI.
[338] Bestuur Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1894; Breukink 1913.
[339] Zie de delen 4 en 5.
[340] Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964. De tellingen hebben betrekking op de gehele, onder het Staatstoezicht vallende gestichtsbevolking, inclusief de idiote krankzinnigen. Zie ook 1.5.1. De gestichtsbevolking.
[341] Zie Binneveld 1985, 156.

de verbetering van de arbeidsvoorwaarden van het verplegend personeel en de daarmee verbonden loonstijgingen.[342]

Wanhopig namen artsen en Inspectie de situatie in ogenschouw. Werd Nederland steeds gekker? Lag het aan een verstopping van de gestichten met chronische patiënten? Moest er voor hen dan niet een apart soort voorziening komen, in de trant van de vroegere bewaarplaatsen? Over de vraag of het aantal krankzinnigen verhoudingsgewijs was toegenomen, liepen de meningen uiteen. Wel waren medici het er zonder meer over eens dat de gestichten in toenemende mate bevolkt waren geraakt met chronische patiënten. Dit belemmerde de zo noodzakelijk geachte doorstroming ten behoeve van acute, geneeslijk geachte patiënten die op hun beurt, tengevolge van een te late opname, de schare van chronici alleen nog maar groter dreigden te maken.[343] Toch vond het door diverse medici geopperde voorstel om rustige, chronische patiënten dan maar in aparte, minder dure verpleeginrichtingen onder te brengen geen onverdeeld positief onthaal.[344] Een van de naar voren gebrachte bezwaren was dat de gestichten dan zouden blijven zitten met de onrustige en veel bewerkelijker patiënten. Het bleef dan ook bij een voorstel, al gingen de oprichting van speciale idiotengestichten en de aanpassing van de Krankzinnigenwet in 1904 wel degelijk in die richting.

De periode 1884-1918 overziend blijkt dat Nederland, dat ook pas in deze jaren op grotere schaal ging industrialiseren, een inhaalslag maakte met de bouw van krankzinnigengestichten. In diverse andere westerse landen was de grote bouwgolf al eerder op gang gekomen. Met deze landen deelde Nederland evenwel de ervaring dat de vergroting van de gestichtscapaciteit onvoldoende soelaas bood voor de overbevolking en het plaatsgebrek. De omvang van de meeste Nederlandse gestichten bleef bescheiden, zeker in vergelijking tot de Verenigde Staten maar ook Engeland, waar zeer grote gestichten met enkele duizenden patiënten geen uitzondering waren.[345] Kleinschaligheid was hoe dan ook kenmerkend voor Nederland. Het land, zeker het westelijk deel, telde tal van steden en stadjes, waarvan een aantal met een eigen krankzinnigengesticht. Hoewel er sprake was van kritiek op de geïsoleerde ligging van sommige plattelands- en buitengestichten, viel dit, althans vergeleken met andere westerse landen, uiteindelijk nog wel mee. Per trein of tram waren de meeste instellingen redelijk goed bereikbaar.

Kenmerkend voor Nederland was bovendien dat de krankzinnigenzorg zich na 1884 in betrekkelijk korte tijd ontwikkelde van een overwegend publiek bestel in de richting van een gemengd bestel met enerzijds gemeentelijke of semi-publieke stads- en

---

[342] Zie over de stijgende kosten van de krankzinnigenzorg: Van Cappelle 1883; Koster 1891; Koster 1893; Schermers 1904a; Schermers 1906a; Schermers 1913; Meijer 1909; Cox 1910a; Schuurmans Stekhoven 1910. Voorts: De Goei 2001, hoofdstuk 1; 1.5.4. Tot verplegen geroepen.

[343] Schermers 1904a; Schermers 1906b; Schermers 1909; Schermers 1913; Schuurmans Stekhoven 1910. Voorts: Cox 1910b. Volgens Cox schommelde het percentage 'herstelden' ten opzichte van de 'overgeblevenen', dat wil zeggen de opgenomenen minus de overgeplaatsten, in de periode 1864-1902 tussen ongeveer 30 à 40 procent.

[344] Tellegen 1891; Van Deventer 1892a; Meijer 1909.

[345] Grob 1994; Braslow 1997; Scull 1993. Ter vergelijking: de 14 grote gestichten in het Duitse Westfalen hadden in 1915 een capaciteit voor 11.000 patiënten, dus zo'n 800 per gesticht. Zie Walter 1996, 27 en Gijswijt-Hofstra et al. 2005. Vergeleken met de algemene ziekenhuizen waren de Nederlandse gestichten echter wel grootschalig. D. Schermers stelde in 1922 vast dat de 17.000 bedden in algemene ziekenhuizen verdeeld waren over 290 instellingen, waardoor het gemiddelde op 59 per ziekenhuis lag, terwijl de 16.000 bedden voor krankzinnigen en zenuwlijders over 34 gestichten verspreid waren, zodat het gemiddelde aantal op 471 kwam. Schermers 1922, 26-27.

buitengestichten, provinciale en rijksgestichten en anderzijds particuliere, merendeels gereformeerde en katholieke instellingen. Deze confessionalisering of verzuiling in de krankzinnigenzorg betekende een ware omslag. Met name de relatieve abruptheid van deze overgang en de profilering van verschillende confessionele groeperingen verlenen de Nederlandse ontwikkelingen hun bijzondere kleur. Van de 14 krankzinnigengestichten die Nederland in 1884 telde waren er 3 particulier, waarvan één joods en 2 katholiek. In 1914 lagen de verhoudingen geheel anders. Van de 31 gestichten waren er 13 particulier, waarvan 5 van katholieke signatuur, 4 gereformeerd en één gereformeerd-hervormd, 2 joods en één kleine instelling neutraal.

Om ter vergelijking enkele andere westerse landen te noemen: het Duitse Rijk beschikte reeds langer over een omvangrijke particuliere, grotendeels confessionele sector. In 1881 waren 117 van de 223 krankzinnigengestichten in particuliere handen, in 1913 gold dat voor 320 van de in totaal 546. Aangezien de particuliere gestichten over veel minder capaciteit beschikten dan de publieke sector, was hun feitelijke aandeel in de krankzinnigenzorg geringer dan deze cijfers suggereren, hoewel toch nog altijd ruim 52 procent in 1881 en ruim 58 procent in 1913.[346] Weliswaar zien we ook in Nederland een toename van de particulier-confessionele sector in deze periode, maar de uitgangspositie was een andere, namelijk een voornamelijk (semi-)publiek bestel. Een vergelijkbare uitgangspositie treffen we aan in landen als Frankrijk en Engeland: daar werd de publieke sector echter eerder sterker dan zwakker.[347]

In navolging van Foucaults beschouwing over de zeventiende en achttiende eeuw is de opzienbarende aanwas van de gestichtsbevolking in de tweede helft van de negentiende en begin twintigste eeuw door historici getypeerd als 'de grote opsluiting'.[348] Het is nog maar de vraag of deze typering terecht is, zeker als zij daarmee bedoelen dat de overheid een systematisch beleid voerde om lastige 'gekken' voor altijd op te bergen. In Nederland was dat beslist niet het geval. De gestichten waren juist opgezet als geneeskundige gestichten, met de uitdrukkelijke bedoeling om mensen beter te maken of in elk geval weer terug te brengen in de maatschappij en niet om ze levenslang vast te houden. Die intentie weerspiegelde zich ook in de praktijk van de krankzinnigenzorg, zoals we nog zullen zien. Bovendien was de opname in een gesticht omgeven door juridische waarborgen. Als het al tot misbruik kwam, dan was de kans bepaald niet denkbeeldig dat dit vroeger of later naar buiten zou komen.

De toename van de gestichtsbevolking was evenwel onmiskenbaar, zij het minder groot dan in andere westerse landen. In Engeland bijvoorbeeld nam de gestichtsbevolking toe van 1,6 promille in 1859 naar 2,8 in 1884 en 3,7 in 1909. Pruisen kende vergelijkbare, zij het per provincie sterk uiteenlopende aantallen. Daarmee vergeleken bleven de Nederlandse cijfers duidelijk achter, met in 1884 en 1914 een gestichtsbevolking van 1,1 respectievelijk 2,3 promille.[349] Enkele gestichtsgeneesheren en inspecteurs braken zich indertijd al het hoofd over de oorzaken van de groei. In 1883 volstond inspecteur Van Cappelle nog met de simpele observatie dat aanbod vraag creëert.[350] Tien jaar later kwam de arts W. Koster met een andere verklaring. Op grond van een extrapolatie van cijfers

---

[346] Walter 1996, 77-78.
[347] Coffin 2005; Freeman 2005.
[348] Foucault 1961; Binneveld 1985; zie ook Scull 1979; Scull 1999, 295; Porter 2003, 16.
[349] Zie Binneveld 1985, 106; Walter 1996, 73-75.
[350] Van Cappelle 1883.

van Meerenberg concludeerde hij dat acht à negen procent van de gevallen en ook de groei van krankzinnigheid aan het misbruik van sterke drank te wijten waren.[351] D. Schermers, geneesheer-directeur van het gesticht Bloemendaal te Loosduinen, verkondigde in 1906, kort voor zijn benoeming tot geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, een andere visie. Op grond van een analyse van de gestichtsbevolking in de periode 1875-1900 meende hij dat de toename onder meer viel toe te schrijven aan de verminderde weerzin onder de bevolking tegen de gestichten waardoor meer en meer krankzinnigen die vroeger thuis zorg kregen, in het gesticht terecht kwamen. Ook verwees Schermers naar de door het Staatstoezicht uitgeoefende aandrang tot opname van krankzinnigen en de toegenomen bereidwilligheid van gemeentebesturen om de gestichtsverpleging van armlastige patiënten te bekostigen.[352]

Inspecteur Schuurmans Stekhoven ging in 1910 nog wat dieper op de kwestie in. Allereerst maande hij tot voorzichtigheid. Het ging niet aan de sterke vermeerdering van de gestichtsbevolking zonder meer toe te schrijven aan een snelle stijging van het aandeel van krankzinnigen onder de Nederlandse bevolking zolang niet was onderzocht of er ook andere factoren in het spel waren.[353] Volgens hem was de groei van de gestichtsbevolking ten dele terug te voeren op de opeenhoping van een steeds groter deel van de bevolking in de grote steden.[354] Het stadsleven zou psychopaten aantrekken en het ontstaan van een psychose bevorderen. En tevens 'is de stad minder tolerant tegenover den geestelijk invalide en drijft hem veel sneller dan eene landelijke omgeving gedaan zou hebben naar het gesticht.'[355] Als tweede factor noemde Schuurmans Stekhoven 'het zich gaandeweg uitbreidende domein van den psychiater': de toenemende medische aandacht voor geestelijke afwijkingen werkte meer opnamen in de hand. Een derde factor was het toegenomen zorgaanbod als gevolg van de vermeerdering van het aantal gestichtsplaatsen, zoals Van Cappelle al eerder had gesuggereerd. Tenslotte wees de inspecteur evenals Schermers nog op de verminderde weerstand tegen gestichtsopname van de kant van de familie. 'Naar mate de gestichten meer het karakter erlangen [sic] van ziekenhuizen en naar mate de vrije verpleging, bijv. in annexe gezinnen, meer op den voorgrond treedt, moet ook de schroom tegen de plaatsing van een bloedverwant in een gesticht afnemen.'[356]

Schermers, die zich in 1906 nog op de vlakte had gehouden, kwam uiteindelijk in 1913 na veel wikken en wegen tot de slotsom dat de toename van de gestichtsbevolking niet volledig was te verklaren uit de diverse 'omstandigheden', zoals door Schuurmans Stekhoven en hemzelf ook nu weer aangevoerd. Zelfs de verminderde weerzin en het afgenomen wantrouwen tegen gestichtsverpleging vormden, tezamen met enkele andere factoren, geen voldoende verklaring. Daarom zou een daadwerkelijke toename van het aantal krankzinnigen ook voor de hand liggen. 'Het komt mij voor,' zo schreef hij, 'dat ook het hedendaagsche leven met al zijn schadelijke factoren hier een groote rol speelt en

[351] Koster 1893, 305.
[352] Schermers 1906a, 1048.
[353] Schuurmans Stekhoven 1910, 445.
[354] Zie ook 1.2. De uitdagingen van de moderne massamaatschappij.
[355] Schuurmans Stekhoven 1910, 446.
[356] Schuurmans Stekhoven 1910, 446.

dat dit mede een oorzaak is, waardoor in ons land het aantal krankzinnigen de laatste jaren op bedenkelijke wijze toeneemt.'[357]

Driekwart eeuw later boog ook Binneveld zich over de kwestie. Hij schreef de groei van de gestichtsbevolking vooral toe aan een verlaagd maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigen: naarmate er meer gestichten kwamen vonden meer en meer mensen het minder acceptabel om krankzinnigen thuis te verzorgen en in de samenleving te handhaven. De ruimtelijke nabijheid van veel gestichten en de aanwezigheid van instellingen met de eigen religieuze signatuur werkten deze ontwikkeling volgens Binneveld alleen maar in de hand. Daarnaast signaleerde ook hij dat het toegenomen aanbod vrij snel de vraag naar gestichtsverpleging bevorderde.[358] In het volgende hoofdstuk zal duidelijk worden hoe het in de praktijk was gesteld met het tolerantieniveau van de familie van krankzinnigen.

[357] Schermers 1913, 600-601. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders. Een vergelijkbare discussie speelde zich rond de eeuwwisseling af rond de nieuwe diagnose neurasthenie oftewel zenuwzwakte. Neurasthenie werd eveneens in verband gebracht met de ziekmakende factoren in de moderne samenleving.
[358] Binneveld 1985, 195. Zie ook Staal 1987.

1.5. De wereld van het gesticht

Wat speelde zich binnen de gestichten af? Hoe zag de wereld van de gestichten eruit? Wie waren de patiënten, wat was hun voorgeschiedenis en hoe verliep hun verblijf in het gesticht? Wie waren belast met hun verpleging of verzorging, en hoe werden zij op deze taken voorbereid? Welke rol vervulden de artsen en welke mate van zeggenschap was hun toebedeeld?

Kenmerkend voor het gestichtsleven was de massaliteit. Slaapzalen en verblijfsruimten voor enkele tientallen krankzinnigen waren eerder regel dan uitzondering.[359] Veldwijk te Ermelo was met paviljoens voor maximaal twintig patiënten relatief kleinschalig.[360] Hoe krap en opeengepakt krankzinnigen waren ondergebracht, blijkt uit het inspectieverslag over 1885. Volgens de inspecteurs konden ieder der verpleegden in de slaapzalen van het pas geopende gesticht Voorburg te Vught gemiddeld over 24 kubieke meter lucht beschikken, 'hetgeen een voordeelig contrast aanbiedt met de overbevolkte slaapzalen van de meeste der bestaande nederlandsche krankzinnigengestichten.'[361] Desalniettemin besloten de inspecteurs onder aandrang van gestichtsgeneesheren de bouwtechnische eisen 'zoo laag te stellen als de gezondheidsbelangen der verpleegden en de noodzakelijkheid van orde en rust in de gestichten maar eenigszins toelieten.' Het kwam erop neer dat de norm van gemiddeld 24 kubieke meter ruimte per verpleegde in de slaapvertrekken naar beneden ging tot 20 zonder en 15 mét kunstmatige ventilatie. Behalve voor voldoende luchtverversing was ook 'een behoorlijken afstand der kribben' vereist, variërend van 0.80 meter in de afdelingen voor rustigen tot één meter in de afdelingen voor onrustigen. De inspecteurs vonden het 'geen bezwaar toe te staan dat eene rij van kribben met de hoofd- tegen de voeteinden eener andere rij aansluit.'[362] De normen voor nieuwbouw waren nauwelijks royaler. Zo presenteerde inspecteur W.P. Ruysch in 1891 een in overleg met hem en zijn collega Van Andel tot stand gekomen ontwerp voor een gesticht dat voorzag in tussen 12 en 15 kubieke meter per lijder in de dagverblijven, en tussen 20 en 24 kubieke meter in de nachtverblijven.[363] De huisvesting van klassepatiënten was uiteraard aanzienlijk ruimer en comfortabeler.

Rond 1900 beschikten de meeste gestichten ten minste over een aparte opnameafdeling, gescheiden afdelingen voor rustigen, halfrustigen en onrustigen, en een ziekenafdeling ter verpleging van patiënten met lichamelijke kwalen. En dat alles voor mannen en vrouwen apart, want een strikte scheiding tussen de seksen was de onbetwiste en bovendien wettelijk vastgelegde norm. De zogenoemde 'geslachtsas', die in de vorm van een hoge haag het terrein van het Deventerse buitengesticht Brinkgreven in tweeën deelde, illustreert dit treffend.[364] Of neem de muur in de kapel van Voorburg te Vught die moest beletten dat de broeders en zusters religieuzen elkaar tijdens de godsdienstoefening konden zien.[365]

---

[359] De precieze cijfers zijn moeilijk te achterhalen. Mens (2003) geeft hierover geen uitsluitsel.
[360] Zie ook Cox et al. 1892, 222.
[361] Ramaer en Van Cappelle 1887, 169.
[362] Ramaer en Van Cappelle 1887, 184.
[363] Ruysch 1891, 202. Zie ook: Cox et al. 1892, 222-224.
[364] Hogenstijn 1987, 70.
[365] Binneveld en Wolf 1985, 46.

Toen inspecteur Van Deventer in 1905 berichtte over een internationaal vergelijkend onderzoek naar de toestand van krankzinnigengestichten in Frankrijk, Duitsland, Italië, Zwitserland en België - Nederland behoorde niet tot de onderzochte landen - kon hij het met de conclusies eens zijn.[366] Het moderne krankzinnigengesticht was inderdaad in bijna alle onderzochte landen geheel van karakter veranderd.

> De vroegere geneeskundige gevangenissen hebben plaats gemaakt voor werkelijke zieken-inrichtingen. De groote monumentale, symmetrische gebouwen, waar de lijders zonder eenige groepeering dooreengemengd werden verpleegd, hebben plaats gemaakt voor een complex van gebouwen (paviljoens).[367]

De vroegere 'massale behandeling' was vervangen door 'individueele behandeling' met per afdeling of paviljoen gemiddeld 25 tot 50 patiënten, een gemiddeld aantal geneeskundigen van 1 op 100 patiënten en een aantal verplegenden van 1 op 10.

Het verplegend personeel moest voldoen aan bepaalde eisen van geschiktheid en bekwaamheid en hun opleiding vond in de inrichting zelf plaats. Van Deventer, die begin jaren negentig van de negentiende eeuw tot de initiatiefnemers voor een verpleegopleiding in eigen land behoorde, noteerde bovendien met instemming dat ook in het buitenland de 'hooge waarde der vrouw als verpleegster … meer en meer aan het licht' trad.[368] De verschillen tussen de onderzochte landen waren evenwel groot. De onderzoekers hadden moeten vaststellen 'dat Frankrijk, dat jarenlang den eersten rang heeft ingenomen, van zijne voetzuil is afgedaald', dat ook België op een 'zeer lage trap' stond, en dat Duitsland op dat moment de eerste plaats bezette.[369] Van Deventer achtte het kennelijk niet zijn taak om Nederland een rapportcijfer te geven. Het is nog maar de vraag hoe dit cijfer zou zijn uitgevallen. Weliswaar gold in Nederland voor de verpleging de norm van één verpleger of verpleegster op 6 patiënten, maar daar stond tegenover dat nog in 1909 gemiddeld niet minder dan 200 patiënten aan één gestichtsgeneesheer waren toevertrouwd.[370]

1.5.1. *De gestichtsbevolking*

Wie waren de krankzinnigen die eind negentiende, begin twintigste eeuw in de gestichten verbleven? De jaarlijkse verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en daarop gebaseerde analyses laten zien hoe het patiëntenbestand in de loop der jaren was samengesteld, inclusief het aantal opnamen en het aantal mensen dat al dan niet hersteld het gesticht verliet of daarin overleed.[371] De gestichtsbevolking, steeds per 1 januari vastgesteld, steeg van 4.700 in 1884 via ruim

---

[366] Van Deventer 1905.
[367] Van Deventer 1905, 414.
[368] Van Deventer 1905, 414. De psychiatrische verpleegopleiding in Nederland komt ter sprake in 1.5.4. Tot verplegen geroepen.
[369] Van Deventer 1905, 417-418.
[370] Poslavsky 1961, 76-77.
[371] Schermers 1904a; Schermers 1906a; Schermers 1913; Schuurmans Stekhoven 1922; Van den Bergh 1922; Kraus 1933.

8.100 in 1900 naar ruim 14.500 in 1915.[372] Het kwam erop neer dat er van iedere 1.000 inwoners in 1884 ongeveer 1,1, in 1900 bijna 1,6 en in 1915 ongeveer 2,3 in een krankzinnigengesticht verbleven. Het jaarlijks aantal opnamen, exclusief de overplaatsingen vanuit een ander gesticht, steeg van ruim 1.000 in 1884 naar ongeveer 1.800 in 1900 en bijna 3.000 in 1914.[373] Mannen en vrouwen waren ongeveer even sterk vertegenwoordigd.

De Inspectie verzamelde ook gegevens over de 'aard der krankzinnigheid' van de patiënten die in de onder het Staatstoezicht vallende gestichten (zowel krankzinnigen- als idiotengestichten) verbleven, al nam zij die slechts bij uitzondering op in de verslagen van het Staatstoezicht. Hoewel de Inspectie in de loop van de hier besproken periode enkele veranderingen aanbracht in de naamgeving en de rubricering van de diverse vormen van krankzinnigheid, bleef het aantal rubrieken – zestien - gelijk.[374] Per 31 december 1909 was de verdeling van de gestichtsbevolking naar de 'vorm der psychose', zoals Schuurmans Stekhoven het noemde, als volgt.

Tabel 1.2: De bevolking der gestichten op 31 december 1909 naar de vorm der psychose

Vorm der psychose	*Mannen*	*Vrouwen*	*Totaal*	*Totaal in percentages*
Mania	46	118	164	1.40
Melancholia	123	239	362	3.08
Insania periodica	253	395	648	5.52
Paranoia	624	603	1227	10.45
Insania Neurotica	88	266	354	3.01
Amentia	44	113	157	1.34
Insania toxica	108	28	136	1.16
Insania epileptica	427	293	720	6.13
Dementia senilis	262	328	590	5.02
Dementia paralytica	232	51	283	2.41
Dementia organica	70	43	113	0.96
Dementia praecox	2048	1940	3988	33.95
Dementia secundaria	179	359	538	4.58
Imbecillitas	751	542	1293	11.01
Idiotia	590	457	1047	8.91
Casus ceteri	86	40	126	1.07
Totaal	5931	5815	11746	100.0

Bron: Schuurmans Stekhoven 1922, tabel VIII.

[372] Schuurmans Stekhoven 1922, tabel V: 166-169. Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1939.
[373] Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.
[374] Schermers 1906a, bijlage I; Schuurmans Stekhoven 1922, tabel VIII. Zie ook Slijkhuis 2005.

Dementia praecox, thans beter bekend als schizofrenie, was indertijd met bijna 34 procent veruit de meest voorkomende diagnose, op afstand gevolgd door imbecillitas (11 procent) en paranoia (ruim 10 procent). Indien we op grond van hedendaagse indelingscriteria een globale ordening aanbrengen in de indertijd onderscheiden rubrieken, dan levert dat als hoofdgroepen op:

(1) psychotische stoornissen (paranoia, amentia, dementia praecox): 46 procent;
(2) zwakzinnigheid (imbecillitas, idiotia): 20 procent;
(3) cognitieve stoornissen (dementia senilis, dementia organica, dementia secundaria): 10.5 procent;
(4) stemmingsstoornissen (mania, melancholia, insania periodica): 10 procent.
(5) neurologische stoornissen (insania epileptica, dementia paralytica): 8.5 procent.[375]

Uit de bovenstaande cijfers komt duidelijk naar voren dat een substantieel deel, in totaal ongeveer twee-vijfde, van de toenmalige gestichtsbevolking bestond uit zwakzinnigen en lijders aan cognitieve of neurologische stoornissen. Lijders aan seniele dementie maakten met zo'n 5 procent vooralsnog een betrekkelijk klein deel van de gestichtsbevolking uit. De samenstelling van de gestichtsbevolking anno 1909 was een heel andere dan die van het huidige psychiatrische ziekenhuis. Lijders aan psychotische en stemmingsstoornissen, die tegenwoordig het overgrote deel van de patiëntenpopulatie uitmaken, vormden indertijd een bescheiden meerderheid van nog geen 60 procent.[376]

De beschikbare statistieken laten voorts zien dat zowel absoluut als relatief gezien meer opgenomen krankzinnigen uit steden dan van het platteland afkomstig waren. De toegenomen urbanisatie vanaf eind negentiende eeuw zou deze al langer bestaande tendens alleen maar versterken. In 1899 was al bijna 46 procent van de Nederlandse gestichtsbevolking afkomstig uit de sterk verstedelijkte provincies Noord- en Zuid-Holland.[377] De onderlinge verschillen tussen de steden waren aanzienlijk. Volgens een berekening uit 1918 stond Amsterdam (3,4 van gemeentewege verpleegde krankzinnigen op 1.000 inwoners) met afstand bovenaan, gevolgd door Utrecht (2,7), en daarna Rotterdam en Den Haag met een gelijke score (2,2).[378]

De leeftijdsverdeling van de gestichtsbevolking was in het laatste kwart van de negentiende eeuw betrekkelijk stabiel met als sterkst vertegenwoordigde groepen die van 30 tot 40 jaar (23 procent), gevolgd door die van 20 tot 30 (21 procent) en 40 tot 50 jaar (19 procent). De 50- tot 60-jarigen waren minder sterk vertegenwoordigd (14 procent), terwijl de 60-plussers ook een tamelijk bescheiden groep vormden (ruim 14 procent).[379] In 1914 waren de verhoudingen veranderd door de gemiddeld veel oudere gestichtsbevolking.[380] Deze veroudering lijkt ten dele op het conto te kunnen worden geschreven van een toename van het aantal chronische patiënten in de gestichten en van

---

[375] Deze indeling is ontleend aan Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 1. Zie ook Vijselaar 2005.
[376] Borgesius en Brunenberg 1999, 15-16.
[377] Schermers 1906a, 1046-1047.
[378] Kraus 1933, 3. Vergelijk Stavenuiter 1993, 91. Stavenuiter signaleert in Amsterdam in de periode 1851 en 1891 een proces van toenemende individualisering bij ouderen. Het aantal ouderen dat met kinderen en niet-verwanten leefde nam af, terwijl het aantal ouderen dat als hoofd van het eigen huishouden stond genoteerd, licht toenam.
[379] Schermers 1906a, 1050-1051.
[380] Kraus 1933, 18.

een stijging van de gemiddelde levensduur: als ze al niet bejaard waren bij opname, dan werden ze het wel in de loop van hun verblijf in het gesticht. De 30- tot 40-jarigen en de 40- tot 50-jarigen vormden toen de grootste groepen (ieder 21 procent), terwijl de groep 20- tot 30-jarigen relatief klein was (bijna 14 procent) en vergeleken met eind negentiende eeuw veel minder sterk was vertegenwoordigd. De 50- tot 60-jarigen waren inmiddels wat talrijker (17 procent), maar de verhoudingsgewijs grootste stijging vertoonden de 60-plussers (20 procent). Ook vergeleken met de bevolking als geheel waren de oudere leeftijdsgroepen, en dan vooral de 70-plussers, sterk oververtegenwoordigd, zoals een berekening van de 'asyleringscoëfficiënt' van de Nederlandse bevolking – het aantal in gestichten verpleegden per 10.000 van de bevolking – per leeftijdsgroep over de jaren 1909 en 1910 laat zien.[381] Zowel voor het laatste kwart van de negentiende eeuw als voor 1914 gold dat mannen enigszins waren oververtegenwoordigd in de lagere leeftijdsgroepen en vrouwen in de hogere leeftijdsgroepen. Waar dit omslagpunt aan het eind van de negentiende eeuw bij 30 jaar lag, was dit in 1914 opgeschoven naar 40 jaar.

De burgerlijke staat van de gestichtsbevolking vertoont eveneens een ongelijkmatige verdeling. Vergeleken met de bevolking als geheel verbleven in 1909 en 1910 aanzienlijk minder gehuwden dan ongehuwden in de krankzinnigengestichten, en ook minder getrouwden dan mensen die getrouwd waren geweest. In zijn dissertatie *Krankzinnigheid in Nederland* (1933) gaf G. Kraus, vanaf 1930 geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (het voormalige Meerenberg), hiervoor de plausibele verklaring dat gehuwden langer konden steunen op de zorg van andere gezinsleden, terwijl ongehuwden in de regel moeilijker konden terugvallen op hun naaste omgeving en mede daardoor de maatschappij gauwer tot overlast werden.[382] Ook de door Kraus geanalyseerde informatie over de kerkelijke gezindte van de gestichtsbevolking heeft betrekking op de opnamen in 1909 en 1910. Gezien de betrekkelijk kleine absolute aantallen valt hieruit, naar hij ook zelf aangeeft, slechts met enige terughoudendheid op te maken dat verhoudingsgewijs veel joden en ook lutheranen, en slechts weinig gereformeerden waren opgenomen, terwijl katholieken iets onder en hervormden iets boven het gemiddelde zaten.[383]

Een sterk in het oog lopende sociale scheidslijn, ten slotte, berustte op klasse of stand. Het overgrote deel van de patiënten was afkomstig uit de lagere standen - op zichzelf niet verwonderlijk want het overgrote deel van de bevolking behoorde daartoe. Rond 1910 werd ongeveer driekwart van de gestichtsbevolking op kosten van de armenzorg verpleegd, terwijl 18 procent daarvan bestond uit zelfbetalende patiënten.[384] Dit sociale onderscheid was duidelijk zichtbaar door de gescheiden verpleging van eerste-, tweede- en derde-klassepatiënten, en door de gestichtskleding die derde-klassepatiënten, uitgezonderd in de gereformeerde gestichten, doorgaans droegen. Daarbij zij opgemerkt dat sommige gestichten alleen derde-klassepatiënten opnamen, hetgeen intern tot meer gelijkheid, maar naar buiten toe tot een verhoogde stigmatisering

[381] Kraus 1933, 17.
[382] Kraus 1933, 22-27.
[383] Kraus 1933, 106-107.
[384] De Wit 1991; Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b.

kon bijdragen. De gestichtskleding zou pas in de jaren zestig van de twintigste eeuw geheel en al tot het verleden gaan behoren.[385]

De inspectieverslagen bevatten ook informatie over de frequentie waarmee patiënten aan krankzinnigheid leden en de duur ervan voor opname. Tevens biedt een artikel van Schermers een overzicht van overledenen en herstelden - per leeftijdsgroep en naar opnameduur - gedurende het laatste kwart van de negentiende eeuw.[386] Ongeveer 80 procent van de opnamen betrof mensen die voor het eerst krankzinnig waren. Tussen 1875 en 1900 steeg het aandeel van deze groep van bijna 77 procent naar bijna 82 procent, terwijl het percentage van degenen die meer dan eenmaal aan krankzinnigheid leden navenant kleiner werd. Schermers plaatste overigens wel de kanttekening dat de opgaven omtrent de terugkeer der krankzinnigheid dikwijls niet juist bleken te zijn. 'Vaak tracht de familie het te verbergen, dat de patiënt niet voor de eerste maal krankzinnig is, doordat men het als een soort van schande schijnt te beschouwen, wanneer men door deze ziekte wordt aangetast.'[387] Voor bijna 34 procent van de patiënten volgde opname binnen drie maanden nadat ze krankzinnig waren geworden, voor ruim 22 procent was die periode drie tot twaalf maanden, voor bijna 32 procent langer dan een jaar, terwijl bijna 8 procent sedert de vroegste jeugd krankzinnig – vermoedelijk 'imbeciel' of 'idioot' – was.

Tijdens het laatste kwart van de negentiende eeuw overleed gemiddeld bijna 35 procent van de opgenomen patiënten in het gesticht. Aan het begin van deze periode was dit percentage aanzienlijk hoger (ruim 39 procent) dan aan het eind (bijna 31 procent), terwijl de sterfte onder mannen steeds groter was dan bij vrouwen. Ongeveer twee-vijfde van de overledenen was een jaar of korter opgenomen geweest. Het aantal 'herstelden' – in de verslaglegging niet nader gespecificeerd - bleef iets achter bij de overledenen, namelijk ruim 30 procent.[388] Bovendien vertoonde ook dit percentage in het laatste kwart van de negentiende eeuw een dalende tendens, zij het met schommelingen van ruim 37 procent naar bijna 29 procent. Tussen 1900 en 1911 zou het herstelpercentage vrijwel steeds boven de 30 uitkomen.[389] Onder vrouwen was het percentage herstelden, ook na 1900, belangrijk hoger dan onder mannen. In het laatste kwart van de negentiende eeuw werd van de herstelden bijna 72 procent een jaar of korter verpleegd, en 47 procent tussen nul en zes maanden.

De cijfers gaven alle aanleiding tot bespiegelingen over het effect van gestichtsverpleging. Gestichtsartsen en inspecteurs hadden immers voortdurend benadrukt dat de gestichten net als gewone ziekenhuizen bedoeld waren om te genezen. Dat het percentage herstelden desalniettemin op ongeveer 30 procent bleef steken, brachten zij enerzijds in verband met een te late opname - hoe eerder iemand na de manifestatie van krankzinnigheid werd opgenomen, hoe groter de kans op herstel - en anderzijds met de relatieve toename van 'psychosen' met een slechte prognose zoals 'vecordia, dementia, idiotia en paralysis cerebri' en een relatieve afname van 'affectieve psychosen', terwijl die over het algemeen de beste prognose gaven. Relatief hoge

---

[385] Zie bijvoorbeeld: Blok 1998c, 228-229; vergelijk Schermers 1911, 378.
[386] Schermers 1906a. Alle gegevens zijn apart voor mannen en vrouwen gepresenteerd.
[387] Schermers 1906a, 1054.
[388] Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstukken 7 en 8. Zie ook 2.3.6. Terug naar de maatschappij.
[389] Schermers 1913, 594.

herstelcijfers kwamen in het laatste kwart van de negentiende eeuw voor bij lijders aan mania acuta (ruim 62 procent) en aan insania cyclica (55 procent).[390] Nadat Schermers reeds in 1909 de genezingskans in een gesticht op dat moment lager had aangeslagen dan vroeger, kwam ook W.H. Cox, geneesheer-directeur van het krankzinnigengesticht te Utrecht, in 1910 tot de weinig bemoedigende slotsom dat de inmiddels verbeterde krankzinnigenverpleging niet tot een hoger genezingspercentage had geleid.[391] Inspecteur Schuurmans Stekhoven meende evenwel dat een genuanceerder oordeel op zijn plaats was. Hij wenste de resultaten van de verpleging niet alleen te bezien in termen van herstel, maar ook in termen van verbetering van de lichamelijke en geestelijke toestand van de verpleegden. Bovendien was het volgens hem zaak de duurzaamheid van het resultaat, afgemeten aan het aantal heropnamen, mee te wegen. Hoe dan ook kon 'men niet van het gesticht verwachten en verlangen, dat het de ongeneeslijken geneest'. En helaas, aldus Schuurmans Stekhoven, vertoonde juist het percentage 'chronisch ongeneeslijke gevallen' in de laatste decennia een stijging.[392]

1.5.2. *Tussen thuis en gesticht*

Het collectieve beeld van de gestichtspatiënten dat uit de statistieken opdoemt is uiteraard onpersoonlijk en afstandelijk. Voor meer directe en genuanceerde informatie vormen patiëntendossiers een onontbeerlijke, maar tot dusverre relatief weinig benutte bron.[393] Waar de statistieken bijvoorbeeld vermelden hoeveel tijd verliep tussen het optreden van krankzinnigheid en de opname in een gesticht, bieden patiëntendossiers nader zicht op het voortraject tot en met de uiteindelijke aanleiding tot opname. J. Vijselaars onderzoek naar patiëntendossiers van de gestichten Voorburg, Endegeest en Wolfheze maakt onder meer duidelijk dat familieleden zich gedurende lange tijd veel moeite getrooostten om een

---

[390] Schermers 1906b, 57. Schermers verwees expliciet naar de leer van de Duitse psychiater E. Kraepelin en de hieruit voortvloeiende 'verandering in opvatting omtrent den aard der psychosen'.
[391] Schermers 1909; Cox 1910a.
[392] Schuurmans Stekhoven 1910, 449-450.
[393] Aangezien de patiëntendossiers volgens een bepaald, zij het in de loop der tijd evoluerend stramien zijn opgebouwd, bevatten zij doorgaans eenzelfde type basisinformatie. Door de patiënt geschreven brieven, dagboeken en aantekeningen zijn evenwel in dergelijke dossiers zelden te vinden. Ongepubliceerde en gepubliceerde egodocumenten van (ex-)patiënten of familieleden van (ex-)patiënten kunnen waardevolle informatie opleveren over hun persoonlijke ervaringen. Zie Vijselaar 1988. Voor de meer recente periode vormen ook interviews een belangrijke bron. Zie Louter 2005. Zie voor recent, sterk kwalitatief gericht onderzoek op basis van patiëntendossiers uit Nederlandse psychiatrische inrichtingen of sanatoria voor zenuwlijders: Vijselaar over Voorburg, Endegeest en Wolfheze (Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c; Vijselaar, monografie in voorbereiding), respectievelijk Gijswijt-Hofstra over Rhijngeest (Gijswijt-Hofstra 2004). Zie voorts 1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest. In Nederland was Peeters de pionier van historisch dossieronderzoek: Peeters 1979; Peeters en De Vos 1982. Nadien benutte Hutschemaekers patiëntendossiers van een negental psychiatrische inrichtingen, klinieken en dergelijke voor zijn studie naar neurosen in Nederland in de twintigste eeuw. Hutschemaekers 1990; Hutschemaekers 1993b. Hutschemaekers 1993c. Zie voor dossieronderzoek in de extramurale psychiatrie: Gomperts 1992; Oosterhuis 1992; Oosterhuis 2000; Israëls 2001; Akkermans 2006. Zie voorts het recente dossieronderzoek van A. Suzuki over Engelse en Japanse psychiatrische inrichtingen in de negentiende en twintigste eeuw: onder meer Suzuki 2003a; Suzuki 2003b; Suzuki 2005; Suzuki 2006.

krankzinnige thuis te verzorgen. Pas als het echt niet langer ging, bijvoorbeeld omdat de belangrijkste verzorger wegviel of omdat de patiënt al te lastig of onhandelbaar werd, kwam opname in een gesticht noodgedwongen in zicht.

Een eveneens informatieve bron bestaat uit de ingekomen en uitgaande stukken van Burgemeester en Wethouders, zoals L. de Graaf die recentelijk voor de periode 1900-1940 in de gemeente Tiel onderzocht.[394] Deze stukken werpen onder meer licht op de belangrijke rol die de gemeente speelde, met name bij de opname van behoeftige krankzinnigen in en de keuze van een gesticht. Financiële overwegingen van de kant van de gemeente wogen daarbij zwaar. De familie van de krankzinnige had doorgaans geen inspraak bij de keuze van een gesticht; de gemeente hield alleen rekening met de confessionele achtergrond van de familie.[395]

Over het voortraject, wat zich voorafgaande aan de gestichtsopname zoal afspeelde, was tot voor kort vrij weinig bekend. Dankzij Vijselaars dossieronderzoek weten wij thans aanzienlijk meer over de klachten en symptomen van de lijders, de 'voorzorg' - de zorg in eigen kring en hulp van derden - de aanleidingen tot opname, de gang naar het gesticht, en ook over wat daarop volgde. Aangezien zijn rapportage is verdeeld over twee langere perioden (circa 1890-1950 en 1950-1990) en daarbinnen geen duidelijke cesuren zijn aangebracht, is het hierna niet steeds doenlijk en evenmin wenselijk om consequent en ietwat geforceerd een scheiding aan te brengen tussen gegevens over de perioden 1890-1918, 1918-1940 en 1940-1950. Hoewel de grote kentering, met de komst van de nieuwe psychofarmaca, in de jaren vijftig ligt, getuigen de dossiers wel degelijk van veranderingen die zich binnen ieder van beide, door Vijselaar aangehouden verslagperioden - dus die van voor en na 1950 - voltrokken. Afgezien van de nieuwe therapieën die in het interbellum vol verwachting het gesticht werden binnengehaald, deden zich ook tot dusverre minder bekende verschuivingen voor, bijvoorbeeld op het gebied van het voor- en het natraject in brede zin. Zo kon Vijselaar onder meer vaststellen dat algemene ziekenhuizen vanaf de jaren twintig - toen reeds soms voorzien van een psychiatrisch-neurologische afdeling of polikliniek - en zenuwartsen vanaf de jaren dertig een belangrijker rol gingen vervullen in het proces dat op een bepaald moment in gestichtsopname zou uitmonden. Vrijgevestigde of in de algemene gezondheidszorg werkzame zenuwartsen vervulden trouwens al langer en met enige regelmaat een soortgelijke rol voor patiënten die in een sanatorium voor zenuwlijders zouden belanden.[396] Het merendeel van deze patiënten bekostigde zelf hun verpleging, terwijl in Endegeest en Wolfheze met louter derdeklasse verpleging, maar ook in Voorburg dat wél klasseverpleging aanbood, het gros van de patiënten op armenzorg was aangewezen.

Vijselaars onderzoek laat zien dat het voortraject naar het gesticht een dikwijls lange en moeizame weg was.[397] Zoals we eerder zagen meenden artsen in het begin van de twintigste eeuw, en in hun voetspoor ook Binneveld, dat de groei van de gestichtsbevolking mede of vooral zijn oorzaak vond in een verminderde weerstand tegen gestichtsopname van de kant van de familie en een verlaagd maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigen. De dossiers doen echter vermoeden dat

[394] De Graaf 2007.
[395] De Graaf 2007, 53-54.
[396] Gijswijt-Hofstra 2004. Zie voorts 1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest.
[397] Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstukken 2 en 3.

die weerstand nog bepaald groot was, evenals de feitelijke bereidheid - hoezeer ook noodgedwongen - om een krankzinnig familielid te verzorgen. Het verhaal van een ruim vijftigjarige vrouw die zes jaar tevoren diep neerslachtig was geworden, niets meer zei en af en toe voedsel weigerde, maar later wartaal was gaan spreken en bovendien agressief en gevaarlijk gedrag was gaan vertonen, en die al die tijd door haar volwassen dochter was verzorgd, is er slechts een van vele die Vijselaar in de dossiers heeft aangetroffen. In de periode vanaf eind negentiende eeuw tot 1950 werd ruim de helft van de patiënten uit de 160 onderzochte dossiers van Voorburg, Endegeest en Wolfheze vanuit het eigen milieu van gezin of familie opgenomen. Van deze groep patiënten was bijna een-vijfde al langer dan vijf jaar ziek. Daarbij ging het doorgaans om mensen met relatief milde psychische klachten, die volgens de diagnose bij opname leden aan cognitieve stoornissen of aan neurologische kwalen, zoals epilepsie. Van hen vertoonde een kleine helft, vooral ouderen, symptomen van dementie; daarnaast betrof het vooral mensen met een verstandelijke handicap die hun jeugd thuis hadden doorgebracht. Met andere woorden: kinderen verzorgden hun demente ouders en ouders verzorgden hun 'idiote' of 'imbeciele' kinderen. Maar ook mensen met zwaardere psychische aandoeningen kregen soms nog geruime tijd zorg in familiekring.

In een aantal gevallen riepen verwanten tevens de hulp van derden in. In ongeveer een-vijfde van de onderzochte dossiers komt een huisarts ter sprake: niet alleen als opsteller van de krankzinnigheidsverklaring, maar ook, en dat vooral vanaf 1910, als behandelaar. De behandeling bestond doorgaans uit het voorschrijven van medicijnen als broom, opium, morfine, barbituraten of slaapmiddelen en, vanaf de jaren twintig, luminal, een anti-epilepticum. Tot in de jaren twintig maken de dossiers sporadisch en vanaf de jaren dertig met enige regelmaat melding van zenuwartsen. Zij werden vooral geconsulteerd in geval van stemmingsstoornissen en psychotische beelden.

Wanneer de situatie thuis onhoudbaar werd, maar opname in een gesticht of psychiatrische inrichting kennelijk (nog) niet aan de orde of mogelijk was, kon de familie haar toevlucht nemen tot opvang elders. Naar Schuurmans Stekhoven reeds in 1910 schreef, toonden de cijfers van het Staatstoezicht aan 'dat voor zeer velen de weg naar het krankzinnigengesticht leidt door een der gasthuizen of aanverwante inrichtingen.' Hij vermoedde dat dit

> zoowel chronisch invaliden [waren], die naar het krankzinnigengesticht werden gezonden zoodra zij in het gasthuis storend werden, als acute gevallen van krankzinnigheid voor wie eerst in een gasthuis, sanatorium of dergelijke inrichting plaats is gezocht, alvorens tot het krankzinnigengesticht – als het ultimum refugium – de toevlucht werd genomen.[398]

Vier jaar later kon de inspecteur melden dat in 1913 bijna 14 procent van de gestichtspatiënten afkomstig was uit zogenaamde aangewezen inrichtingen (instellingen van weldadigheid en universiteitsklinieken), tegen de 20 procent uit de overige gasthuizen en aanverwante inrichtingen, een kleine 4 procent uit gevangenissen en

[398] Schuurmans Stekhoven 1910, 447.

aanverwante gestichten, terwijl ruim 62 procent 'overige gevallen' rechtstreeks vanuit huis in een gesticht terecht kwam.[399]

In de dossiers van Voorburg was er tot begin jaren twintig inderdaad geregeld sprake van opvang in een van de katholieke liefdegestichten. Van voorzieningen als rusthuizen en sanatoria voor zenuwlijders lijkt slechts spaarzaam gebruik te zijn gemaakt - niet zo verwonderlijk omdat het in de dossiers van alle drie de inrichtingen overwegend om armere mensen gaat. Daarentegen bleken algemene ziekenhuizen in toenemende mate een rol te vervullen in de tijdelijke opvang en behandeling van psychiatrische patiënten. Dat gold eveneens voor universitaire klinieken, zij het dat ze minder frequent in de dossiers voorkomen dan de algemene ziekenhuizen.[400]

Dat het er op een gegeven moment toch van kwam om iemand met rechterlijke machtiging en al - want daar viel voor de komst van de aangewezen afdelingen niet aan te ontkomen - in een krankzinnigengesticht te doen opnemen, kon enerzijds in de hand worden gewerkt door een plotselinge of geleidelijke verergering dan wel een acuut optreden van geestelijke verwarring, en anderzijds doordat thuis of elders onvoldoende of geen verzorging en/of behandeling meer mogelijk was. Uiteraard ging het een meestal met het ander samen. Toch is het onderscheid van belang omdat alleen al het wegvallen van een verzorgend gezins- of familielid aanleiding kon zijn tot opname. Vijselaar onderscheidt vier veel voorkomende aanleidingen of redenen tot opname: (1) overlast voor de naaste omgeving, (2) gevaar voor anderen, (3) gevaar voor zichzelf en (4) de behoefte aan (institutionele) zorg en behandeling (ook lichamelijk). Bij mensen die al langer 'ziek' waren, kon een escalatie van de moeilijkheden, veroorzaakt door vrij plotselinge gedragsveranderingen en het optreden van extreme verschijnselen, de doorslag geven. Het ging dan bijvoorbeeld om gewelddadigheid, agressie, vernielzucht, prikkelbaarheid, tieren, 'lastig' gedrag, zelfmoordneigingen of het niet willen eten. Ook een meer geleidelijke verergering van de problematiek kon uiteindelijk tot een dermate hoge belasting van de omgeving leiden dat de verzorgers en andere naasten het niet langer aankonden. Om één van de vele door Vijselaar genoemde voorbeelden aan te halen: bij een eind negentiende eeuw in Voorburg opgenomen vrouw waren de eerste verschijnselen een jaar of zeven tevoren opgetreden. In haar dossier was sprake van '[e]en algemeen lastig vallen en dollepraat. Aanhoudend. Het wordt erger.' Tenslotte dreigde de vrouw 'meermalen met een scherp voorwerp' en verdroeg zij geen enkele 'tegenspraak of harde behandeling. Dan wordt ze razend.'[401]

Uit Vijselaars analyse blijkt dat 'overlast' als motief voor opname in veruit de meeste gevallen neerkwam op overlast voor de direct betrokken gezins- of familieleden: zij waren het die de situatie niet langer aankonden. Overlast voor de buren of de wijdere woonomgeving is slechts in weinig dossiers te vinden. Een 'gevaar voor de openbare orde' kwam, met andere woorden, aanzienlijk minder voor dan tot dusverre veelal is aangenomen.[402] Ook als 'gevaar voor anderen' volgens de dossiers de aanleiding tot opname was - in ongeveer een-derde daarvan was dat het geval, vrijwel even vaak als 'overlast' - is slechts zelden een nadere concretisering daarvan te vinden. Het ziet er dan ook naar uit dat de vermelding van 'gevaar voor anderen' voornamelijk diende als een

[399] Schuurmans Stekhoven 1914, 288.
[400] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 2.
[401] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.
[402] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.

formele reden voor het afgeven van een rechterlijke machtiging, zonder dat zich in feite al iets gevaarlijks had voorgedaan. Kennelijk was alleen al de veronderstelde mogelijkheid van gevaarlijk gedrag voldoende om iemand in een geneeskundige verklaring als een gevaar voor anderen te bestempelen. Desalniettemin is in verschillende dossiers wel degelijk sprake van daadwerkelijke bedreigingen en agressie. Een voorbeeld is de in 1907 in Endegeest opgenomen epileptische man, die maar moeilijk van de drank kon afblijven. Na een toeval werd hij vaak woest en hij had daarbij 'personen geslagen en gebeten, [en] een boel gebroken'.[403]

Al met al komt Vijselaar tot de slotsom dat slechts een beperkt aantal patiënten een concreet gevaar voor anderen vormde. Daarbij komt nog dat in de dossiers vrijwel nooit sprake is van slachtoffers. 'Gevaar' werd binnen de context van gezin of familie vaker gesignaleerd en ook geconcretiseerd dan wanneer het alleenstaanden betrof - bij 'overlast' deed zich het omgekeerde patroon voor. Mogelijk konden huisgenoten lastig gedrag nog wel verdragen, maar legden bedreigingen en agressief gedrag een dermate grote druk op hen dat geesteszieken de grenzen van wat de omgeving aankon overschreden. Een andere conclusie is dat mannen vaker wegens gevaar voor anderen in een gesticht terecht kwamen dan vrouwen, terwijl bij 'overlast' het omgekeerde het geval was. Voorts werden mensen met psychotische stoornissen, en daarnaast ook epileptici en alcoholverslaafden, meer dan gemiddeld vanwege gevaar voor hun omgeving opgenomen.

Bij ongeveer een-vijfde van de patiënten kwam in de geneeskundige verklaring de kwalificatie 'gevaar voor zichzelf' voor. Het ging daarbij om neigingen of pogingen tot suïcide, zelfverminking en voedselweigering. Evenals 'gevaar voor anderen' blijkt ook 'gevaar voor zichzelf' vooral vanuit gezins- en familieverband te zijn gesignaleerd. Wat de laatste belangrijke, in bijna een vijfde van de dossiers voorkomende aanleiding tot opname betreft, de behoefte aan (institutionele) zorg en behandeling, ging het verhoudingsgewijs vaak om zwakzinnigen en dementen die een groeiende, waarschijnlijk vooral ook lichamelijke, zorg behoefden, waarin gezin of familie niet meer in voldoende mate kon voorzien.

Terecht concludeert Vijselaar dat er kanttekeningen op hun plaats zijn bij de veronderstelling dat de psychiatrie functioneerde als een systeem dat krankzinnigen zonder meer uit de samenleving stootte. Uit de dossiers blijkt dat veelal niet geestesziekte op zichzelf, maar 'de sociale onmogelijkheid' - een uit 1928 daterende bewoording van de gestichtsarts H.C. Jelgersma - aanleiding gaf tot opname. Vijselaar voegt daaraan toe dat deze sociale onmogelijkheid 'meestal voortsproot uit de verstoring van het evenwicht tussen de draaglast (de ernst van het problematische gedrag van de "patiënt") en de sociale draagkracht van de omgeving (het vermogen [van de naasten] om te "dulden", te verdragen, te beïnvloeden en te verzorgen).' Kortom: het gesticht of de inrichting fungeerde niet zelden als een 'ultimum remedium' voor 'een sociaal onhoudbare situatie.'[404]

1.5.3. *Krankzinnig in het gesticht*

Als eenmaal het besluit tot opname in een krankzinnigengesticht was genomen, een rechterlijke machtiging was afgegeven, en de gemeente - als voornaamste betalende

[403] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.
[404] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 4.

instantie - of, in een minderheid van de gevallen, de draagkrachtige familie had vastgesteld waar de patiënt terecht kon, dan volgde de reis naar het gesticht. Afhankelijk van de afstand tussen iemands woonplaats en het gesticht, en van de vervoersmogelijkheden, kon de reis korter of langer duren. Als die per trein plaatsvond, werd doorgaans een aparte coupé gereserveerd. Hoe dan ook ging er begeleiding mee, als het geen politie was, dan toch een krankzinnigenverpleger of -verpleegster uit het gesticht of de woonplaats van de patiënt, of alleen maar een familielid.[405]

Eenmaal binnengebracht ging de patiënt – indien voldoende handelbaar - linea recta met een verplegende mee naar de badkamer voor een grondige wasbeurt.[406] Daarop volgde een eerste lichamelijk onderzoek door een arts en de gang naar de slaapzaal of -kamer om in bed te worden gestopt. Hoe lang de nieuwe patiënt in bed moest blijven en aan welk regime hij of zij vervolgens werd onderworpen varieerde per periode, gesticht en aandoening. In ieder geval diende de geneesheer in de twee weken volgend op de opname nader onderzoek te verrichten naar de lichamelijke en psychische gesteldheid van de patiënt. Verplegenden hadden tot taak de bloeddruk, de temperatuur, de ademhaling en de stoelgang bij te houden en notities te maken van het gedrag van de patiënt. De wet schreef immers voor dat artsen veertien dagen na opname definitief vaststelden of er sprake was van krankzinnigheid en of verdere gestichtsverpleging noodzakelijk was.

Tot in de jaren twintig bleef het therapeutisch repertoire beperkt tot arbeid, medicijnen, bedverpleging en permanente baden. Behalve medicatie - zoals vermeld waren vooral broom en opium populair - was arbeid al veel langer in zwang, zo niet als therapie dan toch als nuttige bezigheid. In de negentiende eeuw bestond de zedenkundige behandeling, zoals halverwege de negentiende eeuw geïntroduceerd in het 'modelgesticht' Meerenberg, voor een belangrijk deel uit werkverschaffing.[407] De bedverpleging werd naar het voorbeeld van de Duitse psychiater C. Neisser in de jaren negentig van de negentiende eeuw in Nederland ingevoerd. De somatische, natuurwetenschappelijke verklaring van geestesziekte als organische en fysiologische hersenaandoening, die naar het voorbeeld van de Duitse psychiater W. Griesinger in Nederland sedert de jaren 1860 opgang deed, kreeg nu ook in de gestichtspraktijk een belangrijker plaats toebedeeld. Ook drong de Franse degeneratietheorie, die zowel schadelijke milieu-invloeden, slechte gewoonten alsook overerfelijkheid aanwees als oorzaken van lichamelijke en geestelijke afwijkingen, in de Nederlandse krankzinnigenzorg door.[408]

De somatische benadering van krankzinnigheid bracht nieuwe vormen van behandeling met zich mee zoals die ten dele ook in de moderne ziekenhuizen – het lichtende voorbeeld voor de nieuwe generatie gestichtsgeneesheren – toepassing vonden. Bedverpleging was daar één van. Enerzijds was deze bedoeld om pas opgenomen patiënten te observeren en als vorm van behandeling voor met name psychotische en stemmingsstoornissen, anderzijds als een methode om de rust en de orde in het gesticht te

---

[405] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 4. Zie ook De Graaf 2007, 50-51.
[406] Zie over het leven in krankzinnigengestichten rond 1900: Vijselaar 1982. Zie ook Van Belzen 2004, hoofdstuk 2 over het verblijf van Doetje Reinsberg-Ypes in Veldwijk.
[407] Zie voor nadere informatie over de zedenkundige behandeling en de 'non-restraint' in Meerenberg: Vijselaar 1997c.
[408] Zie ook 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie en 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.

bevorderen en de toepassing van afzondering en dwangmiddelen terug te dringen. Uit de jaarverslagen van Meerenberg blijkt dat de door geneesheer-directeur Van Deventer ingevoerde bedbehandeling snel aan populariteit won: terwijl in 1896 en 1897 ongeveer 14 procent van de patiënten in bed werd verpleegd, was dat in 1903 al met een kwart van de patiënten het geval. Hoe dan ook moesten nieuwe patiënten ter observatie ongeveer twee weken of, indien ze lichamelijk verzwakt waren, voor langere tijd in bed blijven. [409] Om een ander voorbeeld te noemen: het gereformeerde gesticht Bloemendaal te Loosduinen ging in 1899 over tot bedverpleging, nadat twee paviljoens daartoe waren verbouwd.[410] In 1917 wijdde J. van der Kolk, geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, een lezing aan de bedbehandeling in de gestichten, een onderwerp dat volgens hem nog geen uitvoerige aandacht had gekregen in Nederland.[411] Bij zijn aantreden in Endegeest bestond een bepaling dat alle nieuwe patiënten na opname minstens veertien dagen in bed moesten blijven. Niemand zou zo'n regel op dat moment nog verdedigen, meende Van der Kolk, die bedbehandeling zeker niet afwees, maar wel waarschuwde voor een overmatig gebruik ervan.

Vijselaars onderzoek naar patiëntendossiers van Voorburg, Endegeest en Wolfheze wijst uit dat hooguit een kleine helft van de betreffende patiënten die tussen 1900 en 1919 waren opgenomen, te eniger tijd bedverpleging ondergingen.[412] In de jaren twintig steeg dit aandeel naar iets meer dan de helft, om vervolgens in de jaren dertig te dalen naar een-derde. Terwijl over de hele periode genomen in Endegeest en Wolfheze ongeveer de helft van de patiënten bedverpleging kreeg, bleef Voorburg met een-vijfde duidelijk achter. Gedurende de hele periode en voor de drie inrichtingen tezamen kwam bedverpleging veruit het meeste voor bij psychotische en stemmingsstoornissen.

Vanaf 1904 raakte nog een vierde behandelvorm, speciaal voor onrustige patiënten, in zwang, te beginnen in Endegeest: de 'geprolongeerde' of 'permanente' baden, gevuld met lauwwarm water, waarin patiënten etmalen of soms zelfs weken lang zaten totdat de onrust was geweken.[413] Alleen al vanwege het vele werk voor de verpleging en de relatief hoge kosten vond deze behandelmethode slechts in beperkte mate toepassing. Tot 1920 komt de behandeling in een zeer bescheiden aantal van de onderzochte dossiers ter sprake, en dan nog alleen in die van Endegeest. In de jaren twintig steeg het aantal badbehandelingen - nu ook, en vanaf 1925 louter in de Voorburgse dossiers aangetroffen - om vervolgens in de jaren dertig te dalen. We zien hier dus eenzelfde ontwikkeling, zij het op veel bescheidener schaal, als bij de bedverpleging. Toch zijn er ook belangrijke verschillen. In Voorburg, waar de bedverpleging veel minder voorkwam dan in Endegeest en Wolfheze, vond de badbehandeling juist meer dan in Endegeest toepassing, terwijl de in de steekproef opgenomen dossiers van Wolfheze geen enkele vermelding van badbehandeling bevatten. Badbehandeling werd evenals bedverpleging het meest benut bij stemmings- en psychotische stoornissen.

---

[409] Boschma 1997a, 97; Boschma 2003, 65-70.
[410] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 155-156.
[411] Van der Kolk 1916, 477. Zie ook Vijselaar 1998b, 50-51.
[412] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.
[413] Vijselaar 1998b, 51-54. De Valeriuskliniek beschikte vanaf de opening in 1910 over enkele badkamers voor langdurige badbehandeling. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 156. Meerenberg kreeg in 1913 een speciale voorziening voor langdurige badbehandeling. Zie Boschma 1997a, 99-102; Boschma 2003, 70-73. Zie voorts: De Jong 1997a.

Veel patiënten kregen trouwens helemaal geen behandeling, ook niet middels werkverschaffing. Zij brachten hun dagen samen met hun lotgenoten op de paviljoens door in ledigheid, terwijl verplegenden erop toezagen dat zij elkaar uit verveling of ergernis niet in de haren vlogen. Wel vertoonde het aantal niet behandelde patiënten een dalende tendens. Tussen 1900 en 1909 ging het om ongeveer een-derde, in de tien jaar daarna om ruim een kwart en in het interbellum om een-vijfde van de patiënten. Ook hier zijn de verschillen tussen de drie inrichtingen groot: over de hele periode gerekend komt Voorburg uit op 43 procent onbehandelde patiënten, Endegeest op 22 procent en Wolfheze op 11 procent. Voorburg was dan ook een relatief arm gesticht met een verhoudingsgewijs groot aantal zwakzinnigen. Endegeest was al met al, mede door de band met de Leidse universitaire psychiatrie, sterker medisch georiënteerd, terwijl Wolfheze vermoedelijk vooral dankzij het relatief grote aantal arbeidende patiënten op een hoog percentage behandelden uitkomt. Het waren vooral dementen en zwakzinnigen die geen behandeling kregen, terwijl mensen met psychotische en stemmingsstoornissen het aanzienlijk minder vaak zonder therapie hoefden te stellen.

Hoewel artsen bed- en badbehandeling alsmede de zogenaamde vasthouding door verplegenden mede aangeprezen als alternatief voor het gebruik van mechanische dwangmiddelen en zij ook medicijnen met een kalmerende werking toedienden, bleek het in de praktijk lastig om het geheel zonder dwangmiddelen te stellen. Volgens het Koninklijk Besluit van 3 juni 1884 golden als vormen van lijfsdwang: vastbinden der handen, losse dwanghandschoenen, dwanghandschoenen met gordel, dwangbuis of dwangjak, vastbinden der voeten, voetriemen, vastbinden op een gewone stoel en de dwangstoel. Onder afzondering werd verstaan opsluiting in een afzonderingskamer, cel of gesloten bedstede.[414] Van de wettelijke verplichting tot registratie van het gebruik van dwangmiddelen is vermoedelijk een remmende werking uitgegaan, hoewel de inspecteurs aanvankelijk niet op de medewerking van alle gestichten konden rekenen. Vanaf het begin van de jaren negentig van de negentiende eeuw was de registratie evenwel zodanig verbeterd dat de inspecteurs aan de hand van tabellen met opgaven van de in ieder gesticht toegepaste lijfsdwang met mechanische middelen en afzondering gaandeweg konden aantonen dat de eerste inmiddels tot de uitzonderingen behoorde en dat de laatste minder vaak voorkwam. Een vergelijkbaar beeld schetsten de inspecteurs - Schuurmans Stekhoven vanaf 1901 en Van Deventer vanaf 1905 - voor de jaren daarna, waarbij zij evenwel successievelijk de tabellen over lijfsdwang en afzondering achterwege lieten en de registratie als zodanig na 1914 in het slop raakte. Reeds in het verslag over de jaren 1909-1911 wezen de inspecteurs erop dat een volledige registratie van de dwangtoepassing onuitvoerbaar was gebleken, alleen al omdat het

> zoo moeilijk is om te bepalen wat een dwangmiddel is […] Sommige middelen toch hebben een tweeslachtig karakter, en zullen door den een als dwangmiddelen, door den ander niet als zoodanig worden aangemerkt. Er zijn allerlei overgangen tusschen echte dwangmiddelen en die, welke het niet zijn.[415]

De zogeheten inwikkeling – verplegenden wikkelden de onrustige patiënt in een droog of nat laken met daaroverheen een met grove steken vastgenaaide deken en in zeer ernstige

[414] Zie Van de Klippe 1997, 30-37.
[415] Geciteerd in Van de Klippe 1997, 36.

gevallen daaromheen ook nog een canvaszeil – viel bijvoorbeeld buiten de registratieplicht en kwam dan ook op ruime schaal voor. Soms werd alleen het bovenlichaam ingewikkeld, zodat de patiënt nog wel kon lopen. Een en ander deed Schuurmans Stekhoven en Van Deventer in 1916 verzuchten dat het dwangregister 'thans ook bij nauwkeurige invulling volkomen onbruikbaar is om de frequentie van de toepassing van dwang te leeren kennen.'[416]

De inwikkeling van patiënten mocht dan niet als een te registreren en derhalve in principe met terughoudendheid te gebruiken dwangmiddel gelden, ten aanzien van het isoleren van patiënten, waarvoor wél registratieplicht bestond, legden psychiaters een grotere bezorgdheid aan de dag. Een in 1905 door een commissie van de NVPN uitgebracht rapport omtrent het isoleervraagstuk bevatte in ieder geval de dringende aanbeveling om onrustige patiënten zo min mogelijk en alleen in uiterste noodzaak af te zonderen. De commissie ging ervan uit dat isolatie evenals het gebruik van dwangmiddelen op hun retour waren.[417] Daartoe was al eerder, bijvoorbeeld in gereformeerde gestichten, een eerste aanzet gegeven. Zo waren in Dennenoord al geen isoleercellen meer aanwezig en werden ze in Bloemendaal in 1899 afgebroken.[418]

Het failliet van de dwangmiddelenregistratie zo'n twintig jaar na de invoering ervan betekende geenszins dat deze geen blijvende invloed had. Zeker vanaf de jaren negentig lijkt van de registratieplicht op zijn minst een matigende werking te zijn uitgegaan. De introductie van de bedverpleging en, zij het in mindere mate, de badverpleging versterkte dit proces. Dat werpt overigens meteen een interessant licht op de vraag naar het onderscheid tussen dwangmiddel en behandeling. Zoals H. van de Klippe in haar dissertatie over dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname terecht opmerkt, bestond er een brede consensus dat het aan de behandelend artsen was om uit te maken wat in het kader van de behandeling goed was voor de patiënt, ook als dat het gebruik van dwangmiddelen inhield. Mits zij de door de (straf)wet en de medische ethiek gestelde grenzen in acht namen, was hun beslissingsbevoegdheid inzake dwangtoepassing en vrijheidsberoving nagenoeg onbeperkt. Sterker nog, volgens Van de Klippe maakten gestichtsartsen niet eens een onderscheid tussen dwang, vrijheidsbeperking en behandeling.[419]

Het is duidelijk dat in de loop der tijd vanuit de diverse betrokken partijen - artsen, wetgever, verplegenden, patiënten en hun familie - uiteenlopende invullingen zijn gegeven aan het begrip dwang. Het beslissende woord in deze kwestie, als het al als zodanig aandacht kreeg, bleef lange tijd voorbehouden aan artsen. Dat zij de inwikkeling niet als dwangmiddel in de zin der wet hoefden te beschouwen was één ding, dat zij deze ter beteugeling van onrust als een normale behandeling wensten op te vatten, ging natuurlijk een stap verder. In de destijds gebruikte leerboeken voor de verpleegkundige opleiding gold de inwikkeling eveneens als een normale, zelfs moderne, bij onrust te gebruiken methode, die humaner was dan de vroegere middelen, zoals gesloten dekselbedden, dwangbuizen en dwangpakken.[420] Naar het zich laat aanzien hebben alleen de inspecteurs daarbij vraagtekens gezet. Dat deed vrijwel niemand, de inspecteurs

[416] Geciteerd in Van de Klippe 1997, 37.
[417] Le Rütte 1905, 55.
[418] Lindeboom en Van Lieburg 1984, 154.
[419] Van de Klippe 1997, 33.
[420] Zie Aan de Stegge 2005.

inbegrepen, waar het ging om de manuele vasthouding en de bed- en de badbehandeling of om de toediening van medicijnen. Van Deventer, die in 1892 reeds schreef dat hij medicamenteuze dwang evenzeer afkeurenswaardig achtte als lijfsdwang, was in dit opzicht een uitzondering.[421] Kortom, enerzijds werden de grenzen van het medisch toelaatbaar geachte in de periode 1884-1918 scherper getrokken, met als gevolg dat het gebruik van de *geregistreerde* dwangmiddelen afnam, anderzijds bleven die grenzen vaag en rekbaar, getuige de nieuwe behandelvormen die eveneens een sterk element van dwang konden bevatten, ook al vatten medici dit indertijd zelden zo op.

De auteurs van de tussen 1897 en 1926 gepubliceerde leerboeken voor de krankzinnigenverpleging keurden het gebruik van mechanische dwangmiddelen integraal of vrijwel geheel af. Verplegenden ontvingen dan ook geen instructies voor de correcte toepassing van deze middelen. Zij kregen wél training in andere technieken, zoals het vasthouden van onrustige patiënten en 'moderne verpleegmethoden', waaronder bedverpleging, natte inwikkelingen of geprolongeerde badbehandeling. De auteurs van de leerboeken bespraken het afzonderen van patiënten in aanzienlijk minder negatieve termen dan de mechanische dwangmiddelen. Zonder afzondering, daar waren de meesten het wel over eens, kon de inrichtingspsychiatrie het niet stellen. Naarmate de vroegere geïsoleerd liggende celblokken plaats maakten voor afzonderingskamers en isoleercellen in de paviljoens zelf, leken de belangrijkste bezwaren tegen het eenzaam opsluiten van patiënten, zoals het risico van verwaarlozing of verergering van hun geestesziekte als gevolg van de extreme afzondering, te zijn ondervangen.[422] De afzonderingskamer oftewel *single room* was vlakbij een gemeenschappelijke ruimte gesitueerd, had een groot raam en was gemeubileerd. De *single room* werd, zo mogelijk met de deur open, gebruikt voor de afzondering van een patiënt die storend gedrag ten opzichte van anderen vertoonde. De isoleercel was op afstand gesitueerd van andere ruimtes, had een 'kijkgat' in plaats van een raam, was voorzien van een dikke, vergrendelde deur, en had geen dan wel aan de vloer verankerde meubels. Het gebruik van de isoleercel was bedoeld om te voorkomen dat een patiënt zichzelf of anderen ernstig letsel toebracht.

Wat is er in patiëntendossiers terug te vinden van de bestrijding van onrust, ongeremd gedrag, agressie en dergelijke? Vijselaar onderscheidt een viertal methoden die werden benut ter beteugeling of beperking daarvan: (1) het verblijf in een isoleercel of afzonderingskamer; (2) het gebruik van dwangjakken of inwikkelingen; (3) de badbehandeling; en (4) interne overplaatsing naar een 'slechtere' afdeling, dat wil zeggen van 'rust' naar 'half-onrustig' en vandaar naar 'onrust'.[423] Ongeveer een-derde van de patiënten uit de onderzochte dossiers werd te eniger tijd wegens onrustig gedrag naar een andere, minder rustige afdeling overgeplaatst. De bedoeling daarvan was het herstel van orde en vrede in een 'rustige' afdeling. Bovendien kon overplaatsing naar een onrustiger afdeling als straf en terugplaatsing naar een rustiger afdeling als beloning voor ordelijk en aangepast gedrag worden gehanteerd. In ongeveer een-vijfde van de dossiers van Endegeest en van Voorburg valt deze vorm van 'gedragsregulatie' vast te stellen. De dossiers van Wolfheze maken hier veel minder frequent melding van.

Afzondering in een *singleroom* of isoleercel vormde in de Endegeester en de Voorburgse dossiers de meest voorkomende vorm van 'dwang'. In Endegeest ging het om

[421] Van Deventer 1892b, 245.
[422] Aan de Stegge 2005, 348-349.
[423] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.

een-derde van de patiënten, in Voorburg om een-vijfde. De onderzochte dossiers van Wolfheze bevatten nauwelijks aantekeningen over isolatie, maar des te frequenter over inwikkeling en fixatie. Van laatstgenoemde methoden lijkt in Endegeest en Voorburg slechts bij hoge uitzondering gebruik te zijn gemaakt.[424] De badbehandeling, ten slotte, werd alleen in de dossiers van Endegeest en Voorburg vermeld. Vijselaar concludeert dat de badbehandeling daar primair was bedoeld als middel om onrust en opwinding te beteugelen.[425]

Dwang of geen dwang, normaal gesproken verliepen de dagen en nachten voor de patiënten volgens een vast patroon. 's Ochtends vroeg wekten de verplegers of verpleegsters hen. Wie dat konden en mochten stonden onder hun toeziend oog op en kleedden zich aan, om zich daarna naar de verblijfszaal te begeven voor het ontbijt. Behalve in de gereformeerde gestichten droegen derde-klassepatiënten gestichtskleding. Na het ontbijt volgde, alweer voor wie dat kon en mocht, de arbeid, althans voor derde-klassepatiënten. Die bestond enerzijds uit huishoudelijk werk en tuin- of landarbeid voor de eigen behoeften van het gesticht, en anderzijds uit de vervaardiging van artikelen voor de verkoop. Vrouwen kregen voornamelijk taken in de verschillende takken van de gestichtshuishouding, bijvoorbeeld in de wasserij, de mangel- en strijkkamer of de naaikamer waar zij onder meer de gestichtskleding vervaardigden en verstelden. Ook haakten of breiden ze sokken, wanten, mutsen en andere artikelen die mede voor de verkoop waren bestemd. Mannen deden het zwaardere werk buitenshuis of verrichtten werk als touwpluizen of manden vlechten. Mede dankzij de inzet van hun gratis arbeidskracht konden de totale uitgaven van het gesticht, en daarmee ook de verpleegprijzen, laag blijven. IJverige patiënten ontvingen een bescheiden beloning in natura: voor mannen bestond die uit tabak of sigaren, voor vrouwen uit suiker in de koffie en snoepjes.[426]

De geneesheer-directeur van het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave, J. Kat, vond evenwel dat dergelijke beloningen niet voldoende waren.[427] In 1909 bepleitte hij dat verpleegden in ruil voor hun arbeid een geregelde geldelijke beloning kregen. Daarmee had hij sinds ongeveer een jaar dermate goede ervaringen opgedaan dat die zijns inziens ook elders navolging verdienden. Het vooruitzicht op een geldelijke beloning had behalve het aantal werkenden ook de 'intensiteit' van de arbeid belangrijk doen toenemen. Een kwart van het verdiende geld moesten de patiënten in een ontspanningskas storten, terwijl zij over de rest zelf mocht beschikken.

Na de arbeid, op gezette tijden onderbroken voor koffie, thee of een maaltijd, was er gelegenheid tot ontspanning, hetzij in de tuin of op de binnenplaats van het gesticht, of anders binnenshuis met spelletjes, handwerken of voorlezen. Ook maakten patiënten muziek en brachten zij deze op uitvoeringen in het gesticht ten gehore. Daarnaast verzorgden fanfares of kamermuziekensembles van buiten het gesticht af en toe een concert. Op zondag konden zij die dat wilden de godsdienstoefening bijwonen. Meerenberg had voor een ieder wat wils: voor protestanten was er een eigen Nederlands Hervormde Kerk, voor katholieken een kleine kapel, en joden konden op zaterdag in het schoollokaal of in de bezoekerskamer sabbat vieren. Uiteraard waren de gereformeerde

---

[424] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.
[425] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.
[426] Zie hierover Vijselaar 1982, 78-83.
[427] Kat 1909.

en de katholieke gestichten in sterkere mate van godsdienst doordrongen.[428] Gereformeerde gestichten, en dan met name Veldwijk met zijn kleine paviljoens, trachtten de patiënten bovendien een christelijke gezinsomgeving aan te bieden, met aan het hoofd van ieder vrouwenpaviljoen een huismoeder en van ieder mannenpaviljoen een huisvader en –moeder, doorgaans een echtpaar. De meeste andere gestichten hadden een onpersoonlijker karakter.

Voor contact met de buitenwereld waren patiënten aangewezen op de bezoeken van familie en vrienden, die op bepaalde tijdstippen mochten plaatsvinden. Deze contacten waren des te moeilijker te realiseren naarmate het gesticht zich verder van de eigen woonplaats bevond. Voor een gesticht als Endegeest, dat zijn clientèle voor een belangrijk deel uit Leiden en omstreken betrok, gold dat in veel mindere mate. Daar konden in ieder geval de Leidse patiënten doorgaans op tamelijk frequent bezoek van hun verwanten en vrienden rekenen. Zoals Vijselaar op grond van Endegeester dossiers constateerde, verhoogde de nabijheid van de familie de kans op een proefverlof en vervolgens het ontslag uit het gesticht.[429] Zover kwam het evenwel, bezien voor alle Nederlandse gestichten tezamen, voor slechts ruim een-derde van de patiënten.[430]

De gestichtsgeneesheren en ook inspecteurs koesterden aanvankelijk hoge verwachtingen van de gezinsverpleging. Vooral in het begin van de twintigste eeuw kreeg dit onderwerp vrij veel aandacht in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* en in 1901 stelde de NVPN een commissie in om een rapport erover op te stellen.[431] De commissie bestond uit de geneesheer-directeuren J.H.A. van Dale (Veldwijk), Van Deventer (Meerenberg) en W. Vos (Rijkskrankzinnigengesticht te Grave). Mits onder verantwoordelijkheid van een gesticht georganiseerd verwelkomden zij gezinsverpleging als een onmisbaar alternatief voor of aanvulling op de gestichtsverpleging.[432] Voor rustige, chronische patiënten, patiënten met 'primaire en secundaire zwaktetoestanden' – dat wil zeggen zwakzinnigen – en voor 'periodici' tijdens hun 'lucide interval' kon gezinsverpleging een voor henzelf mogelijk aangenamer en een stellig goedkoper alternatief bieden. Daarnaast bepleitte de commissie gezinsverpleging als overgangsmaatregel voor 'reconvalescenten' of als proef voor het definitieve ontslag.[433] Haar rapport kon op grote instemming in de NVPN rekenen.

Ondanks deze positieve geluiden stelde de gezinsverpleging in Nederland evenmin als in andere landen getalsmatig veel voor.[434] Reeds tijdens een in 1902 te Antwerpen gehouden congres over gezinsverpleging liet Van Dale niet na zich erover te verwonderen dat de gezinsverpleging in Nederland nog niet veelvuldiger toepassing vond, terwijl 'toch het Nederlandsche volk bekend is om zijn liefde en eerbied voor het huisgezin en waardeering voor het huiselijke leven.' Gezinsverpleging was volgens hem de verpleging van de toekomst. Hij constateerde

---

[428] Vijselaar 1982, 88-96.
[429] Vijselaar 1998d, 125-129.
[430] Zie verder 2.3.6. Terug naar de maatschappij.
[431] Zie Schermers 1901; Van Dale 1901; Van Deventer, Van Dale en Vos 1902a. Laatstgenoemde publicatie werd tevens afzonderlijk uitgebracht: Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b. Voorts: Van Deventer 1902a; Van Deventer 1902b; Vos 1904; Melchior 1915.
[432] Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b, 36.
[433] Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b, 23. Zie ook reeds Van Dale 1901, 192.
[434] Van Dale 1901, 193. Van Dale verwees expliciet naar de ontwikkeling van de gezinsverpleging in Duitsland gedurende 'de laatste jaren' – overigens zonder aantallen te noemen.

> dat de publieke opinie in Nederland meer en meer partij kiest voor gezinsverpleging, die zich het meest aansluit aan het natuurlijke menschelijke leven; het meest voldoet aan deze twee diepgaande en onvervreemdbare behoeften des menschen, ook, ja, bovenal van den krankzinnige, behoefte aan vrijheid en behoefte aan liefde.[435]

Hoe stond de situatie er feitelijk voor? Behalve Veldwijk, in Nederland de koploper op dit gebied, en de andere gereformeerde gestichten maakten in ieder geval ook Meerenberg onder Van Deventer en, vanaf het begin van de twintigste eeuw, de beide rijkskrankzinnigengestichten systematisch gebruik van gezinsverpleging.[436] Waren in Nederland in 1902 een honderdtal patiënten in gezinsverpleging ondergebracht, in 1912 bedroeg dat aantal niet meer dan 141, waarvan de gereformeerde gestichten er 96 onder hun hoede hadden.[437] Toen F.A. Melchior Jr., geneesheer in Duin en Bosch te Castricum, in 1915 de balans opmaakte, was hij van mening dat de toepassing van gezinsverpleging van krankzinnigen op ruimer schaal niet alleen wenselijk, maar 'indien goed aangevat', ook mogelijk was.[438] Zeven jaar later zou een belangrijke uitbreiding van de gezinsverpleging tot stand komen met de oprichting van het door de provincies Drenthe, Groningen en Friesland bekostigde gesticht Beileroord te Beilen.[439] Gezinsverpleging vond ook plaats buiten de verantwoordelijkheid van een gesticht om. Het oudste, bekendste en qua omvang meest substantiële voorbeeld is wel de gezinsverpleging in het Belgische Geel. Door de jaren heen werd een niet gering aantal Nederlandse patiënten, al dan niet onder verantwoordelijkheid van het Staatstoezicht, in Geel ondergebracht.[440]

Voor zover gestichtsartsen gezinsverpleging propageerden en benutten als overgangsfase tussen gesticht en maatschappij, kan dit type verpleging worden gezien als een vorm van nazorg *avant la lettre*. De vanaf de jaren twintig geïntroduceerde buitendiensten van gestichten zouden een soortgelijke functie gaan vervullen, zij het dat die op een geheel andere wijze waren georganiseerd.[441] Wat de beide vormen van 'nazorg' met elkaar verbond was de daadwerkelijke aandacht voor wat er met patiënten vlak voor - in het geval van de gezinsverpleging - of na hun ontslag uit het gesticht gebeurde. Het waren pogingen om de overgang van patiënten naar de maatschappij te begeleiden en op die wijze een terugval naar de oude problemen te voorkomen. Dat de taak van de gezinsverpleging aan het formele ontslag uit het gesticht voorafging en de latere

---

[435] Geciteerd in Melchior 1915, 432.

[436] Zie voor nadere informatie over de gezinsverpleging in Veldwijk, Meerenberg en het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave: Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b. En voorts: Van Dale 1901, 190-191; Van Deventer 1902a; Vos 1904. Veldwijk had in 1900 44 patiënten in gezinsverpleging ondergebracht. De gezinnen, veelal beambten van de stichting, waren verplicht Schermers' *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen* uit 1898 te bezitten. Zie Van Dale 1901, 191.

[437] Melchior 1915, 433.

[438] Melchior 1915, 450.

[439] Van der Esch 1971-1972. Omstreeks 1935 verbleven zo'n 250 patiënten van Beileroord in gezinsverpleging en ruim 40 patiënten in de gestichtsverpleging. Zie voor meer informatie over de gezinsverpleging: 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.

[440] Vergelijk ook De Graaf 2007, 47, 65. Uit de ingekomen en uitgaande stukken van het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Tiel blijkt dat, indien Nederlandse gestichten geen plaatsruimte hadden, Geel als alternatief toevluchtsoord voor krankzinnigen fungeerde.

[441] Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

buitendiensten pas na het ontslag bijstand verleenden doet in dit verband minder ter zake. Het punt is dat reeds voor de oprichting van buitendiensten voor nazorg, gestichten pogingen ondernamen, hoe bescheiden ook, om patiënten bij te staan bij hun overgang van gesticht naar maatschappij.

1.5.4. *Tot verplegen geroepen*

Dat de opstellers van de tweede Krankzinnigenwet het adjectief geneeskundig bij de omschrijving van het begrip gesticht achterwege hadden gelaten, betekende niet dat aan het geneeskundige aspect minder belang werd gehecht dan in de eerste Krankzinnigenwet. Het betekende eerder dat er inmiddels minder aanleiding was om dit adjectief toe te voegen aangezien de bewaarplaatsen waren afgeschaft en de geneeskundige functie van krankzinnigengestichten, althans in theorie, vanzelfsprekend was geworden. Dat de realisering ervan in de praktijk veel te wensen overliet, was dan ook een bron van frustratie voor gestichtsartsen. Ten einde deze geneeskundige functie van gestichten beter tot zijn recht te laten komen, droegen gestichtsartsen en inspecteurs al spoedig na de inwerkingtreding van de tweede Krankzinnigenwet een viertal oplossingen aan: (1) een variant op de vroegere indeling in geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen, (2) verhoging van het peil van de oppassers en oppasseressen door het aanbieden van een verpleegopleiding, (3) toekenning van de algehele verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in het gesticht aan een geneesheer-directeur, (4) bevordering van de psychiatrie tot verplicht examenvak in de studie geneeskunde.[442] Laatstgenoemde oplossing zou tot 1921 op zich laten wachten. De bestuurlijke hervorming van de gestichten - de derde oplossing - was weliswaar eerder op gang gekomen, maar stuitte, naar in de volgende paragraaf zal blijken, op veel weerstand.

Over de eerstgenoemde oplossing waren de meningen verdeeld. Volgens sommigen zou terugkeer naar een scheiding tussen genezings- en verplegingsgestichten - zoals de nieuwe terminologie luidde - een oplossing bieden voor het probleem van de te grote, te volle en met chronische patiënten 'verstopte' gestichten. Gestichten konden immers hun geneeskundige functie pas naar behoren vervullen als de tijdige opname van patiënten niet langer was geblokkeerd en er voldoende personele en ruimtelijke capaciteit was om patiënten op een medisch verantwoorde wijze te observeren, diagnosticeren en behandelen. Alleen zo viel te voorkomen dat artsen in principe geneeslijke patiënten als ongeneeslijk moesten afschrijven.

Reeds in 1890 bepleitte Tellegen, die twee jaar eerder in Voorburg te Vught ontslag had genomen wegens competentiegeschillen met de regenten, de oprichting van genezingsgestichten voor zo'n 100 tot 300 patiënten, om te beginnen in de vier academiesteden. Ongeneeslijken zouden uit dergelijke gestichten worden 'geëvacueerd'. Deze moesten, aldus Tellegen, worden ingericht als ziekenhuizen met een centrale rol voor de bedbehandeling.[443] De verplegingsgestichten zouden zo'n 1.000 tot 1.200 patiënten kunnen huisvesten en bij voorkeur op het platteland gesitueerd moeten zijn om arbeid in de open lucht mogelijk te maken. Bijkomend voordeel was dat deze instellingen goedkoper waren te bouwen en te beheren dan de genezingsgestichten.

---

[442] Tellegen 1890.
[443] Tellegen 1890, 193.

In 1892 kwam een commissie van de NVP, waarin ook Tellegen zitting had, met soortgelijke aanbevelingen.[444] De door hem voorgestelde scheiding tussen genezings- en verplegingsgestichten kon echter bepaald niet op aller instemming rekenen. Als argumenten ertegen voerden artsen bijvoorbeeld aan dat verplegingsgestichten voor chronische patiënten het stempel van ongeneeslijkheid zouden krijgen, dat deze gestichten toch ook een klinische afdeling zouden moeten bezitten voor het geval dat de geestesziekte tijdelijk verergerde, en dat geneeskundige gestichten rustige, arbeidzame verpleegden vanwege hun heilzame uitwerking op de overige verpleegden niet konden missen. Ook bij de vermeende kostenbesparing in verplegingsgestichten zetten de critici vraagtekens.[445] Hoewel de idee van een scheiding tussen de beide soorten gestichten dus niet onomstreden was, laat staan tot beleid werd verheven, betekenden de oprichting van de psychiatrische universiteitsklinieken voor met name acute patiënten, en zeker hun erkenning als aangewezen inrichting na 1904, evenals de aangewezen inrichtingen voor chronici (waaronder oude-mannen- en vrouwenhuizen), wel degelijk een stap in die richting.

Over de noodzaak om het peil van de verpleging te verhogen - de tweede oplossing - bestond meer overeenstemming.[446] Zeker toen de somatische benadering in de psychiatrie aan populariteit won en de verpleging in algemene ziekenhuizen verbeterde, bleek eens te meer hoe ontoereikend de verpleging door ongeschoolde en als onbeschaafd bestempelde oppassers en oppasseressen in de krankzinnigengestichten veelal was. De kwaliteit van de verpleging door religieuzen kwam eveneens ter discussie te staan. [447] Ten einde hierin verbetering aan te brengen besloot de NVP, conform het in 1890 uitgebrachte advies van een hiertoe aangewezen commissie, om een opleiding en een examen voor krankzinnigenverpleging in te stellen.[448] De commissie achtte een algehele, van bovenaf te initiëren reorganisatie van het verplegend personeel noodzakelijk. De 'hoofd-geneesheer' zou niet alleen moeten voldoen aan de eis 'dat hij alles in het werk stelle, wat strekken kan, om het verplegend personeel goed te maken en goed te houden', hij zou daartoe ook voldoende macht moeten krijgen.[449] Theoretisch onderwijs aan het verplegend personeel achtte de commissie van essentieel belang. Evenveel belang kende zij toe aan het praktisch oefenen van verpleegtechnische handelingen op allerlei soorten krankzinnige patiënten onder het toezicht van een meer ervaren verpleegkracht.

> Ziekenverpleging en dus ook krankzinnigen-verpleging is evenals alle menschelijke kennis, eene wetenschap en eene kunst, die slechts aan enkelen aangeboren is, maar die door de meesten moet worden geleerd. Onderwijs in de verpleging is dus voor iederen, zoowel wereldlijken als geestelijken verpleger (verpleegster) volstrekt noodzakelijk. *Toewijding*, *christelijke liefde* en *hoogere roeping*, hoe verdienstelijk en hoe onmisbaar ook, zijn *niet* voldoende.[450]

---

[444] Cox et al.1892.
[445] Zie onder meer Meijer 1909; Jacobi 1913.
[446] Zie over de geschiedenis van de krankzinnigenverpleging in Nederland: Boschma 1997a; Boschma 1997b; Boschma 2003; Aan de Stegge 2001; Aan de Stegge 2004; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge 2005b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.
[447] Zie Bakker 2002a, 23-28; Boschma 2003, 167-174.
[448] De eerste examens voor krankzinnigenverpleging werden in 1892 afgenomen.
[449] Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890, 230.
[450] Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890. Cursivering door Van Deventer, Ruysch en Tellegen.

Een door de vereniging benoemde commissie van drie leden zou eenmaal per jaar examen dienen af te nemen in krankzinnigenverpleging en namens de vereniging een diploma als krankzinnigenverpleger of –verpleegster moeten uitreiken. Een of meer leden van deze commissie moest een theoretische en praktische cursus in krankzinnigenverpleging geven aan 'daarvoor geschikte personen'. Over criteria voor geschiktheid liet het rapport zich niet gedetailleerd uit. Wel waren voor toelating bewijzen van goed zedelijk gedrag en goede gezondheid alsmede een leeftijd van tenminste 22 jaar en minstens twee jaar werkervaring in een ziekeninrichting, waarvan tenminste één jaar in een krankzinnigengesticht, vereist. Voorts benadrukte het rapport het belang van verheffing en de terugdringing van het verloop onder het personeel door middel van goede lonen, de kans op bevordering en een goede behandeling. Alleen zo was goed personeel aan te trekken, 'dat zedelijk en maatschappelijk aan billijke eischen voldoet'.[451]

Van Deventer, die reeds in de jaren tachtig in het Amsterdamse Buitengasthuis met hulp van zijn vrouw A.W. Stelling en adjunct-directrice A. Reijnvaan de hervorming van de ziekenverpleging ter hand had genomen en na zijn aantreden als geneesheer-directeur van Meerenberg in 1892 een opleiding krankzinnigenverpleging startte, liet er in datzelfde jaar in een beschouwing over dit nieuwe beroep geen misverstand over bestaan dat verplegen primair een taak was voor '*zusters, de eigenlijke zieken-verpleegsters'*.[452] Ook benadrukte hij dat deze zusters uit de 'beschaafde stand' afkomstig dienden te zijn. Cox, eerste geneesheer van Brinkgreven te Deventer, deelde Van Deventers opvattingen voluit, maar over de haalbaarheid ervan had hij zo zijn twijfels. In een artikel over wat inmiddels de verpleegsters-kwestie was gaan heten, schreef hij zorgelijk hoe moeilijk het was om aan 'beschaafde' verpleegsters te komen. Evenals de NVP-commissie van 1890 pleitte ook hij voor betere arbeidsomstandigheden en hogere salarissen ten einde beschaafde vrouwen een aantrekkelijker perspectief te bieden. Hij wilde niet met minder genoegen nemen: een krankzinnigenverpleegster behoorde '*altijd* … een beschaafde vrouw' te zijn.[453] Beschaafd stond bij Cox voor algemeen ontwikkeld. Wat hem betrof dienden de gestichten de eisen in dit opzicht hoog te stellen en het examen met vakken als natuurkennis, geschiedenis, aardrijkskunde en 'Hollandsche taal' uit te breiden.[454]

Dezelfde Cox liet in 1898, het jaar van de Nationale Tentoonstelling van Vrouwenarbeid in Den Haag, weten hoe hij dacht over de 'aequivalentie' van man en vrouw: die bestond niet.[455] Man en vrouw waren volgens hem biologisch ongelijkwaardig – het intellect van de vrouw stond lager dan dat van de man – hetgeen tevens een maatschappelijke ongelijkwaardigheid met zich meebracht. Cox bracht de 'moraal van de geschiedenis' als volgt onder woorden. 'De plaats der vrouw, haar door de natuur

---

[451] Van Deventer, Ruysch en Tellegen, 232.
[452] Van Deventer 1892b, 250; Van Deventer 1888. Van Deventer zou ook een handboek voor krankzinnigenverpleging publiceren. Zie Van Deventer 1897; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I. Nadat in 1878 de eerste, door de Vereeniging Het Witte Kruis georganiseerde opleiding voor verpleegsters van start was gegaan, kwam in 1883 op initiatief van Van Deventer c.s. de eerste ziekenhuisopleiding voor verpleegsters tot stand. Zie Wiegman 1998.
[453] Cox 1898a, 242.
[454] Zie ook Cox 1903.
[455] Cox 1898b.

aangewezen, is in het huisgezin, haar schoonste roeping: het moeder zijn.' Voor meisjes die niet huwden, konden die 'betrekkingen' op Cox' goedkeuring rekenen 'waarbij de schoone eigenschappen der vrouw, fijngevoeligheid, tact, hulpvaardigheid, tot haar recht komen, als daar zijn onderwijs, verpleging, het geneesheerschap voor vrouwen en kinderen'.[456] Voorts kwam voor ongehuwd blijvende vrouwen ook kantoorwerk in aanmerking.

In een reactie op Cox' artikel over de verpleegsters-kwestie plaatste Schermers vraagtekens bij de door Cox en Van Deventer gewenste beschaving van verplegenden. Schermers, de toenmalige geneesheer-directeur van het gereformeerde gesticht Bloemendaal, was auteur van de *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen*, die na 1898 nog vele herdrukken zou beleven. Temperament, humeur en karakter achtte hij voor het verplegend personeel van meer belang dan beschaving in de betekenis die Cox eraan gaf. 'Om in den waren zin van het woord beschaafd te zijn,' aldus Schermers, 'moet niet alleen de intellectueele, maar ook de moreele zijde van den mensch onbevlekt zijn.' Sterker nog, hij werkte liever met personeel dat moreel hoog stond en intellectueel minder ontwikkeld was dan met mensen bij wie het omgekeerde het geval was. 'Want wanneer men moreel hoog staat, is het altijd mogelijk het intellect verder te ontwikkelen, terwijl men het omgekeerde althans in een krankzinnigengesticht zelden verkrijgen zal.' Schermers gaf dan ook de voorkeur aan verpleegpersoneel uit de kleine burgerstand ofwel uit Kuypers achterban van de 'kleine luyden'. Met name de milieus van landbouwers, handwerkslieden, soms ook arbeiders, naaisters of dienstmaagden leverden naar zijn oordeel vaak 'uitnemende krachten'. Wel gold vanzelfsprekend als eis dat zij het lager onderwijs met vrucht hadden doorlopen. Hoofdzaak bleven echter het karakter en het humeur: 'het moeten menschen zijn met tact en aanleg tot verplegen; kalm, geduldig, lankmoedig, vriendelijk, vroolijk en toch bedaard, ernstig en niet stroef, betrouwbaar, waarheidslievend, aangenaam van voorkomen, niet driftig of zenuwachtig, zonder lichaamsgebreken, enz.' Kortom, volgens Schermers zou het rampzalig zijn 'wanneer men dergelijke kostbare elementen van de verpleging van krankzinnigen zou willen uitsluiten alleen op grond daarvan, dat hunnen kennis op het gebied van aardrijkskunde en geschiedenis, van natuurkunde en wiskunde, van letterkunde en muziek te wenschen overliet.'[457] Daar kwam nog bij dat verreweg het grootste deel der krankzinnigen in de gestichten tot de lagere standen van de maatschappij behoorde. Voor hen was de algemene ontwikkeling van een krankzinnigenverpleger of –verpleegster van minder belang dan voor patiënten in de hogere klassen.

Wat de opleiding en de examinering betreft, stond Schermers vooral praktisch onderricht voor, met daarnaast onderwijs in de geneeskundige vakken, aandacht voor algemene ontwikkeling op lagere schoolniveau en 'grondig onderwijs' in de bijbelse geschiedenis en de gereformeerde leer. Verder zag hij liever dat niet de NVP-commissie het examen zou afnemen, maar degenen die de examinandi hadden onderwezen opdat ook de morele aspecten een rol konden spelen in de beoordeling. In feite was de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland reeds eind 1895 met een eigen opleiding van start gegaan.[458] Mede naar aanleiding van Schermers' argumentatie zou de examencommissie van de NVPN

[456] Cox 1898b, 461-462.
[457] Schermers 1898a, 517-518.
[458] Boschma 2003, 160-162.

overigens in 1904 besluiten om de examens voortaan eveneens op locatie in de participerende gestichten af te nemen. Behalve om een beter beeld te krijgen van de moraal en de persoonlijkheid van de examinandi, ging het er de examencommissie van de NVPN ook om een beter zicht te krijgen op de kwaliteit van het in de gestichten door geneesheren en hoofdverpleegsters geboden onderwijs.[459] Voorts beval Schermers aan dat gestichten hun verplegend personeel aan zich zouden binden door de nodige afwisseling in de arbeid aan te brengen, voldoende gelegenheid voor rust en ontspanning te bieden, vanaf het begin een behoorlijk salaris te betalen en, tot slot, de mogelijkheid te geven om ook als gehuwd verpleger, zoals dat in Veldwijk reeds op kleine schaal gebeurde, werkzaam te blijven – over verpleegsters repte Schermers in dit verband niet.

In 1904 brak Kat, toentertijd geneesheer in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, expliciet een lans voor mannelijk – ook gehuwd - verplegend personeel en zette hij bovendien, evenals Schermers, vraagtekens bij de noodzaak om zeer beschaafde verpleegsters aan te trekken. Voor Kat leed het 'geen twijfel, dat men in het verdringen der verplegers door zusters en in het ophemelen der "zusterverpleging" nu en dan te ver is gegaan.' Het was naar zijn mening onverstandig om goed geschoold mannelijk personeel als een minder soort verplegenden te beschouwen en 'hen zelfs ondergeschikt te maken aan de zusters'. Hij bepleitte de gelijkwaardigheid van zusters en broeders en dat beiden daar gingen werken 'waar hun van elkander verschillende maar even hoog te schatten kwaliteiten het best tot haar recht komen.'[460] G.C. van Walsem, die Van Deventer in 1904 als geneesheer-directeur van Meerenberg was opgevolgd, stelde twee jaar later met name de kwestie van de gehuwde verplegers aan de orde om tot de conclusie te komen dat het ter wille van de kwaliteit van de verpleging en het terugdringen van het verloop onder het personeel van belang was dat ervaren verplegers het vooruitzicht kregen op een behoorlijk, ook een gehuwd, bestaan. De barrières daartoe zouden vooral niet te hoog moeten zijn.[461] In Meerenberg kwamen vanaf 1912 verplegers van tenminste 26 jaar oud, die er vijf dienstjaren met goed gevolg op hadden zitten, in aanmerking voor een dienstwoning als zij wilden trouwen.[462]

Dergelijke pleidooien voor mannelijk verplegend personeel kwamen tegemoet aan klachten van de betrokkenen zelf over wat zij de verplegerskwestie noemden.[463] In 1906 kwam het tot de oprichting van de Nederlandsche Verplegers Vakvereeniging omdat verplegers, en dan met name krankzinnigenverplegers, zich onvoldoende herkenden in en gesteund voelden door de bestaande belangenorganisaties: de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging (1893) en het louter voor verplegend personeel toegankelijke en door verpleegsters bestuurde Nosokómos (1900).[464] Krankzinnigenverplegers voelden zich achtergesteld bij hun vrouwelijke collega's. Niet alleen was het voor hen op dat moment veelal onmogelijk om te trouwen en een gezin te onderhouden, veel zwaarder woog dat zij minder waardering kregen dan de krankzinnigenverpleegsters en bijvoorbeeld geen hoofdverpleger konden worden. Achteraf bezien en naar hedendaagse inzichten werd echter met twee maten gemeten. Verplegers mochten dan wel in bepaalde opzichten

[459] Zie Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904.
[460] Kat 1904, 81.
[461] Van Walsem 1906.
[462] Boschma 1997b, 119.
[463] Boschma 2003, hoofdstuk 6.
[464] Boschma 2003, 199-204.

achtergesteld zijn bij en minder respect genieten dan verpleegsters, in andere opzichten werden verpleegsters juist achtergesteld bij verplegers. Hun salaris was structureel lager en voor gehuwde verpleegsters was al helemaal geen plaats. Dit was indertijd evenwel dermate vanzelfsprekend - ook voor de meeste vrouwen - dat verpleegsters hierin zonder meer berustten.

Hoewel de krankzinnigenverplegers na de invoering van de verpleegopleiding in een minderheidspositie waren gedrongen, maakten zij, naar G. Boschma heeft aangetoond, rond 1910 toch nog altijd 36 procent van het verplegend personeel in de krankzinnigengestichten uit. Weliswaar was hun aandeel van ongeveer de helft naar ruim een-derde geslonken, toch waren zij nog aanzienlijk sterker vertegenwoordigd dan in de algemene ziekenhuizen waar het aandeel van verplegers hooguit 10 procent was.[465] Al met al bood de verpleging in krankzinnigengestichten aan ongeveer dubbel zoveel mannen emplooi als in algemene ziekenhuizen. Wel verschilden de gestichten in dit opzicht onderling nogal van elkaar. Zo was Meerenberg tot 1912 aanzienlijk 'man-onvriendelijker' dan het gereformeerde Veldwijk. Pas vanaf dat jaar steeg ook in Meerenberg het aandeel van mannen tot boven de 30 procent van de gediplomeerde verplegenden.[466] Landelijk bezien scoorden de NVPN-examens in de periode 1912-1916 evenwel aanzienlijk lager met slechts 20 procent mannelijke geslaagden.[467]

In gestichten met een katholieke signatuur liep het aandeel van mannen in de verpleging na 1890 minder snel terug. Zo bleef in Voorburg te Vught, waar religieuzen zich voor de verpleging inzetten, een belangrijke taak voor mannelijke verplegers weggelegd. Deze ontwikkeling stond niet op zichzelf. In katholieke gestichten bestond aanvankelijk weinig animo voor de instelling van een verpleegopleiding. Sterker nog, het werd de religieuzen door hun congregatie zelfs verboden om aan de NVP(N)-examens deel te nemen. Vooral het zielenheil van de zusters kon, zo vreesden de congregatiebesturen, gevaar lopen als zij onderwijs kregen over het menselijk lichaam. Bovendien waren zij ervoor beducht dat de disciplinering van religieuzen tot dienstbaarheid aan de arts op gespannen voet zou komen te staan met hun vanzelfsprekende onderschikking aan de eigen overste. Zo lieten de Broeders van O.L.V. van Lourdes duidelijk blijken dat zij de verpleging van krankzinnigen in de eerste plaats als liefdewerk beschouwden. In 1892 brachten zij een eigen leerboek uit, geschreven door broeder Dorotheus (J.B.) Tervoert, overste van Voorburg te Vught.[468] In dit boek kantte deze zich tegen het materialisme in de geneeskunde en tegen de gedachte dat het gesticht op een ziekenhuis moest lijken. Een goed christelijk familieleven was volgens hem de beste remedie tegen krankzinnigheid, waarmee hij hetzelfde standpunt vertolkte als de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland. Een goede krankzinnigenverpleger was als 'een vader, die beschikte over naastenliefde, offervaardigheid, zelfbeheersing en zachtmoedigheid'.[469] Op aandrang van de Inspectie zetten de congregaties zich evenwel over de bezwaren tegen deelname aan de NVPN-examens heen, zodat broeders vanaf 1900 en zusters vanaf 1904 hiertoe

[465] Boschma 2003, 188.
[466] Boschma 2003, 176-179;
[467] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.
[468] Tervoert 1892.
[469] Bakker 2002a, 26. Zie ook Boschma 2003, 169-172.

werden opgeleid.[470] Het zou tot halverwege de jaren twintig duren eer van katholieke zijde een eigen verpleegopleiding tot stand kwam. Overigens werden vanuit katholieke kring nauwelijks pogingen ondernomen om een eigen, op het geloof gebaseerde psychiatrie te vestigen, ook al was er sprake van kritiek op de natuurwetenschappelijke psychiatrie vanwege haar materialisme en determinisme. Het bleef voornamelijk bij retoriek: het biomedische model kon in de praktijk betrekkelijk probleemloos naast de godsdienst bestaan. Door het gebied van de geneeskunde en dat van de zielzorg als gescheiden sferen te beschouwen en de grenzen tussen beide in acht te nemen, vermeden katholieke gestichtsgeneesheren en zenuwartsen conflicten met de clerus.

Het hoge verloop onder het verplegend personeel was, zoals gezegd, een bron van zorg. Toch nam dit tussen 1890 en 1917 wel degelijk af. Om een voorbeeld te noemen: in Meerenberg was het verloop in 1890 voor zowel verplegers als verpleegsters iets boven de 80 procent.[471] In 1895 en 1900 was dat voor verplegers gestegen tot boven de 90 procent, terwijl het voor verpleegsters tot ongeveer 45 procent was gedaald. Voor de verplegers volgde daarna een geleidelijke daling van het verloop tot 54 procent in 1910 om vervolgens tot onder het niveau van de verpleegsters te zakken naar zo'n 11 procent in 1917. De verbetering van de arbeidsomstandigheden voor het mannelijke verplegend personeel had dus duidelijk een positief effect. Onder verpleegsters bedroeg het verloop in 1917 ongeveer 23 procent. Ook hun arbeidsvoorwaarden waren inmiddels verbeterd. In 1910 had de provincie Noord-Holland de salarissen van het verplegend personeel van Meerenberg niet alleen verhoogd, maar ook voor mannen en vrouwen gelijkgetrokken. In 1913 besloot het provinciebestuur bovendien tot invoering van een wekelijkse vrije dag en een tienurige werkdag, maatregelen die wegens personeelstekorten pas in 1914 respectievelijk 1916 werden geïmplementeerd.[472] Hoewel voor allen, uitgezonderd de gehuwde verplegers, gold dat zij intern in het gesticht waren ondergebracht, bood een geleidelijk doorgevoerde liberalisering van het regime, bijvoorbeeld ten aanzien van avondlijke uitgaansregelingen, enig soelaas en kwamen ook anderszins verbeteringen in het leefklimaat tot stand, onder meer op het gebied van huisvesting in een speciaal zusterhuis – en later ook een broederhuis – en recreatieruimten.

Dat neemt niet weg dat een groot deel van de gediplomeerde krankzinnigenverplegers en -verpleegsters buiten het gesticht hun heil zochten. Voor velen bleek het gesticht slechts de noodzakelijke leerschool te zijn die zij na het behalen van het diploma achter zich lieten. In de periode 1911-1920 was slechts iets meer dan een kwart van alle door de NVPN opgeleide verplegenden in een gesticht werkzaam.[473] Waar de andere gediplomeerden naartoe gingen, valt niet precies te achterhalen. Zoveel is wel duidelijk dat ongeveer een-derde van de vrouwen al spoedig na diplomering wegens een voorgenomen huwelijk met werken stopte en dat eveneens een-derde een particuliere, veelal beter betaalde en in ieder geval minder gereglementeerde werkkring verkoos. Daarnaast besloten vermoedelijk tal van vrouwelijke gediplomeerden om het examen in de ziekenverpleging af te leggen, zodat ze via deze weg in de algemene gezondheidszorg

[470] Binneveld en Wolf 1985, 62-65.
[471] Boschma 1997b, Appendix 25. De verloopcijfers hebben betrekking op het totale bestand van verplegenden: gediplomeerd én ongediplomeerd.
[472] Boschma 2003, 230-232.
[473] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

aan de slag konden.[474] Mannelijke gediplomeerden bleven naar verhouding langer aan een gesticht verbonden, zeker toen zij uitzicht kregen op een gehuwd bestaan. Een opmerkelijk gegeven is dat in 1922 inmiddels 43 procent van de 802 in gestichten werkzame gediplomeerden man was. Dit percentage zou in latere decennia alleen maar toenemen.[475]

Niet alleen het verloop onder het verplegend personeel, ook het aantal patiënten per verplegende nam af. Op de vrouwenafdeling van Meerenberg bijvoorbeeld was er in 1893 1 verpleegster op 8.3 patiënten, in 1902 was dat al 1 op 5.6, en in 1912 1 op 4.3.[476] De door de Inspectie rond de eeuwwisseling gehanteerde norm was 1 op 7.[477] Sommige gestichten zaten daar duidelijk onder, terwijl andere niet aan deze norm konden voldoen. Een overzicht van de verhoudingsgetallen over 1907 laat zien dat gestichten als Voorburg (1 op 10), Franeker (1 op 9), Endegeest (1 op 8) en Zutphen (1 op 8) over relatief weinig verplegend personeel beschikten, terwijl gestichten als Veldwijk (1 op 3) en Brinkgreven (1 op 3) daar relatief gunstig bij afstaken, en Meerenberg (1 op 6) tot de middenmoot behoorde.[478] De onderlinge verschillen blijken nog veel groter te zijn wanneer we kijken naar de verhouding van gediplomeerde verplegenden op het aantal patiënten. Franeker (1 op 106) springt er in negatieve zin uit, gevolgd door gestichten als Voorburg (1 op 65) en Zutphen (1 op 62). Veldwijk (1 op 8) geeft alweer de gunstigste score te zien, gevolgd door gestichten als Meerenberg (1 op 13), het St. Elisabethsgasthuis te Deventer (1 op 14) en Endegeest (1 op 16). Brinkgreven (1 op 23) scoorde daarentegen voor de gediplomeerden wat minder goed dan de eerdere score mogelijk had doen verwachten. Het ziet ernaar uit dat tien jaar later, in 1917, over het algemeen genomen de verhouding van de verplegenden tot het totaal aantal patiënten er enigszins op vooruit was gegaan, terwijl de verhouding van de gediplomeerden tot het aantal patiënten eerder een achteruitgang vertoonde.[479] G.J.C. aan de Stegge, aan wier onderzoek wij deze gegevens ontlenen, karakteriseert het opleiden van (vooral vrouwelijke) verplegenden dan ook als 'dweilen met de kraan open'.[480]

Dat mag tot op zekere hoogte het geval zijn geweest, toch is daarmee nog niet de vraag beantwoord in hoeverre de daadwerkelijk in de krankzinnigengestichten geboden verpleging na 1890, toen de NVP het initiatief nam tot de verpleegopleiding, veranderde, in hoeverre die veranderingen de bedoeling van artsen met de opleiding weerspiegelden en of deze een direct gevolg waren van die opleiding. Bewerkstelligde de opleiding inderdaad een verhoging van het peil der verpleging, en konden gestichten op die wijze, zoals medici hoopten, hun geneeskundige functie beter vervullen? Het valt moeilijk te ontkennen dat de oude situatie met ongeschoolde oppassers en oppasseressen vanuit de medische optiek verre van ideaal was. Dankzij de opleiding en het diploma kregen

---

[474] Met een diploma krankzinnigenverpleging op zak kon men na één jaar praktijkervaring – dat werd vanaf 1907 anderhalf jaar - in een algemeen ziekenhuis te hebben opgedaan en extra theoretische kennis te hebben verworven ook het examen in de ziekenverpleging afleggen. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

[475] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I. Zie ook 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroepen 3.4.7. Het verpleegsterstekort.

[476] Boschma 2003, 230-232; Boschma 1997b, Appendix 23.

[477] Zie Poslavsky 1961, 76-77.

[478] Boschma 1997b, Appendix 24.

[479] Zie Aan de Stegge: ongepubliceerd overzicht aantal verpleegkundigen per bed 1917 en 1922.

[480] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

aspirant verplegers en verpleegsters in elk geval meer perspectief. De vanwege de NVP(N) gehanteerde toelatingseisen, zoals een minimum leeftijd van achttien jaar, een goede gezondheid, een bewijs van goed gedrag, geschiktheid voor het werk, maatschappelijke en geografische herkomst (liefst niet te arm en liefst niet uit de eigen regio), fungeerden als een eerste zeef, waarna het overgangsexamen na het eerste jaar en het examen in de krankzinnigenverpleging na het derde jaar – de kandidaten moesten dan ten minste 22 jaar oud zijn – als de volgende twee selectiemomenten volgden.[481] Volgens een berekening van Aan de Stegge werden rond 9.400 van de 13.000 kandidaten die zich tussen 1892 en 1925 aanmeldden tot de opleiding toegelaten en behaalden slechts 3.108 kandidaten ook inderdaad het NVP(N)-diploma.[482]

Vrijwel alle openbare gestichten en vanaf het begin van de twintigste eeuw ook vele gestichten met een katholieke signatuur leidden op voor het NVP(N)-examen krankzinnigenverpleging. In de Rijkskrankzinnigengestichten werd met ingang van 1903 een eigen staatsexamen ingesteld. Zoals gezegd was de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland reeds in 1896 met een eigen opleiding begonnen. Die had in 1900, toen de vereniging over niet meer dan drie gestichten beschikte (Veldwijk, Bloemendaal en Dennenoord), reeds 79 gediplomeerden opgeleverd.[483] Naar Schermers in 1898 aangaf, gold het met vrucht doorlopen hebben van de lagere school vanzelfsprekend als toegangseis; de NVPN liet die eis tot 1910 achterwege doch gaf zelf aanvullend lager onderwijs aan aspiranten. Uiteraard namen de gereformeerde gestichten alleen goed-christelijke kandidaten aan. Overigens was het ook buiten de gestichten om mogelijk een diploma in krankzinnigenverpleging te behalen. De Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging bood namelijk een Witte Kruis kopopleiding in krankzinnigenverpleging aan voor gediplomeerde ziekenverpleegsters en ziekenverplegers. Getalsmatig viel dit echter in het niet bij wat de NVPN en de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland op het gebied van de krankzinnigenverpleging zelf deden. Tussen 1892 en 1921 reikte de Bond 267 Witte Kruis diploma's in krankzinnigenverpleging uit.[484]

Pogingen om te komen tot een uniforme examenregeling voor alle verplegenden, dus voor zowel zieken- als krankzinnigenverplegenden, leden in 1898 definitief schipbreuk omdat de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging de gestichten niet als een ziekenhuis wenste te beschouwen en een jaar praktijkervaring in een algemeen ziekenhuis of een kinderziekenhuis verplicht wilde stellen, hetgeen voor de NVPN niet acceptabel was. Daarbij kwam nog dat de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders hoe dan ook een eigen koers wilde varen. Een en ander lijkt ook de NVPN ertoe te hebben gebracht om meer dan voorheen het eigen karakter van de krankzinnigenverpleging te benadrukken en dit in de opleiding gestalte te geven.[485] Internationaal gezien was dit een tamelijk unieke situatie. Nederland was een van de weinige landen waar de opleiding voor krankzinnigenverpleging zich naast en los

[481] De NVP stelde in 1897 de termijn voor de opleiding op drie jaar. Zie Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1897.
[482] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.
[483] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.
[484] Couvee 1921, 593.
[485] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

van de opleiding voor de algemene ziekenverpleging ontwikkelde.[486] Andere landen waar eveneens te eniger tijd een geheel aparte opleiding voor krankzinnigenverpleging tot stand kwam, waren Groot-Brittannië, Ierland en Zwitserland.[487] Elders kwam één algemene opleiding voor ziekenverpleging tot ontwikkeling met daarbinnen als een van de mogelijke specialisaties de krankzinnigenverpleging.[488]

Weliswaar ging de NVPN vanwege het uitblijven van een uniforme examenregeling voor alle verplegenden vervolgens sterker het eigen karakter van de krankzinnigenverpleging benadrukken, maar dat betekent niet dat het algemene ziekenhuis meteen ook volledig had afgedaan als model voor het krankzinnigengesticht. Zowel in theorie als in de praktijk bleven ook in het krankzinnigengesticht de elementaire regels van hygiëne, voeding en lichamelijke verzorging van kracht, en was de bedverpleging bepaald niet op zijn retour. In die zin had het algemene ziekenhuis allerminst aan voorbeeldwerking ingeboet. Bovendien bleef de krankzinnigenzorg zeker tot aan de Eerste Wereldoorlog sterk somatisch georiënteerd. Ook qua gezagsverhoudingen mochten gestichtsgeneesheren zich gaarne aan hun collega's in het ziekenhuis spiegelen. Het ging daarbij niet alleen om gehoorzaamheid en discipline van de kant van het verplegend personeel, maar ook, zoals hierna zal worden toegelicht, om het primaat van de medische zeggenschap ten opzichte van gestichtsbesturen.

Wat dankzij Aan de Stegge's onderzoek evenwel onomstotelijk is komen vast te staan, is dat gestichtsgeneesheren in toenemende mate de moreel-opvoedkundige aspecten van de krankzinnigenverpleging als onderscheidend element gingen benadrukken. Waren zij eerst geneigd geweest om de gemeenschappelijke elementen in de zieken- en de krankzinnigenverpleging op de voorgrond te stellen, na de debacle met de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging bleken zij eerder een omgekeerde strategie voor te staan. De gereformeerde gestichten hadden het patent op een christelijk-morele benadering van de krankzinnigenverpleging. Bij ontstentenis van een eigen verpleegopleiding profileerden katholieke gestichten zich vooralsnog minder uitgesproken, al ontbrak een soortgelijk geluid zeker niet. De in openbare gestichten werkzame geneesheren lieten zich echter evenmin onbetuigd als het om het opvoedkundige karakter van de krankzinnigenverpleging ging, ook al speelde het religieuze aspect nauwelijks een rol. Van Deventer wees reeds in 1888, toen hij nog in het Amsterdamse Buitengasthuis werkzaam was, op het belang van een psychische behandeling van krankzinnigen, waarbij hem vooral een opvoedkundige aanpak voor ogen stond die erop gericht diende te zijn dat zij 'geschikt voor de maatschappij' gemaakt moesten worden.[489] Ook in een beschouwing van de NVPN uit 1904 over wat specifiek was voor krankzinnigenverpleging – ter onderscheiding van ziekenverpleging – kwam duidelijk naar voren hoe belangrijk artsen een geduldige en begrijpende omgang van verplegenden met de krankzinnigen vonden.[490] De handleidingen voor

[486] Zie Aan de Stegge 2005a.
[487] Zie Nolan 1993; Pedroletti 2004.
[488] Zie bijvoorbeeld over Zweden: Svedberg 2005.
[489] Van Deventer 1888, 21.
[490] Het betreft een brochure van de NVPN met *Inlichtingen en wenken bij de examens in krankzinnigenverpleging*. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

krankzinnigenverpleging ademden in toenemende mate eenzelfde moreel-pedagogische geest.[491]

Hoewel nadere informatie over de praktijk van de krankzinnigenverpleging voor de hier behandelde periode betrekkelijk schaars is, is het aannemelijk dat de opleiding voor krankzinnigenverpleging wel verschil uitmaakte. Ook al was het personeelsverloop aan de hoge kant, het vertoonde een dalende lijn. En ook al hield het merendeel van de gediplomeerden het na hun examen voor gezien, van hun inzet en toenemende bekwaamheid hadden de gestichten dan toch gedurende de jaren van hun opleiding profijt. Het kan haast niet anders of de opleiding moet inderdaad een verhoging van het peil der verpleging hebben bewerkstelligd, zowel waar het de lichamelijke verzorging van de krankzinnigen betrof - denk bijvoorbeeld aan de bedverpleging - alsook in de manier waarop zij werden bejegend. Niet onbelangrijk was voorts dat verplegenden in de loop van deze periode verhoudingsgewijs minder patiënten onder hun hoede kregen. Het maakte nogal wat uit of er bijvoorbeeld één verplegende voor iedere zes patiënten beschikbaar was of één voor iedere tien. De klasseafdelingen waren overigens altijd al beter bedeeld. Zo bedroeg het aantal eerste- en tweede-klassepatiënten per verplegende in Meerenberg in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw één à twee respectievelijk twee à vier.[492]

Ook over wie de verpleegsters en verplegers in de krankzinnigengestichten precies waren en wat hen bewoog om voor de krankzinnigenverpleging te kiezen, is voor de onderhavige periode relatief weinig bekend, afgezien van incidentele opmerkingen over hun maatschappelijke afkomst en scholing.[493] Voor verplegers werd kennis van een bepaald vak op prijs gesteld: dat kon met name bij de arbeid door patiënten goed van pas komen. Voor verpleegsters telde vooral hun 'beschaving', hoe verschillend ook uitgelegd. In hoeverre verplegers en verpleegsters de krankzinnigenverpleging als een roeping zagen, valt nauwelijks te achterhalen, maar het antwoord zou vermoedelijk luiden dat de meesten hun werk in het gesticht vooral als broodwinning en beroep opvatten.[494] Overigens ligt het voor de hand dat verplegenden in gereformeerde gestichten zich eerder ‘geroepen’ voelden om dit werk te verrichten dan het personeel in de openbare gestichten.[495] Voor de religieuzen in de katholieke of katholiek georiënteerde gestichten lag de zaak weer wat anders: hun roeping gold in de eerste plaats de toetreding tot de congregatie en alles wat daaraan vastzat. Dat vervolgens de krankzinnigenverpleging op hun weg kwam, was niet hun keus maar die van de congregatie.

Naar de kostenstijgingen in de krankzinnigenzorg is terloops al verwezen. De oorzaken waren niet alleen de groei van de gestichtsbevolking en de stijgende prijzen van onder meer levensmiddelen en brandstof, maar ook de relatief grote toename van het

---

[491] In de hier behandelde periode verschenen de volgende leerboeken: Van Deventer 1897; Van Delden 1897; Schermers 1898b; Scheffer 1906; Travaglino 1910; Schnitzler 1915. Zie voor een overzicht van de herdrukken: Aan de Stegge 2005a. Voor een meeromvattende analyse van de leerboeken zie Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding.

[492] Zie ongepubliceerd verslag Bakker en Van de Velde dd. september 2005. Bron: Jaarverslagen Santpoort.

[493] Zie ook Verhoeven 2006. De door Verhoeven bestudeerde personeelsdossiers van het St. Elisbethsgasthuis en Brinkgreven te Deventer over de periode 1892 tot 1940 bieden tot 1912 slechts summiere informatie.

[494] Zie ook Bakker-Van der Kooij 1983, 464-466; Verhoeven 2006.

[495] Van Belzen 1989.

aantal verplegenden en de stijgende salariskosten die dit met zich meebracht.[496] De salarisverhogingen maakten de situatie in dit opzicht nog penibeler. Reeds in 1909 werd in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* alarm geslagen. '*Meer dan iets anders heeft dit* [lees: de salarisverhogingen van het verplegend personeel] *bijgedragen tot de stijgende uitgaven*'.[497] Vergeleken met vijftien jaar daarvóór lieten de salarissen een vermeerdering van 50, 75 of zelfs 100 procent zien. Ook daarna bleven de salarissen stijgen en dat niet alleen voor de verplegenden, maar ook voor de geneesheren en het overige personeel in de gestichten. Waren voor Meerenberg de personeelskosten van de geneeskundige dienst, waaronder ook de verpleging viel, tussen 1904 en 1914 verdrievoudigd, tussen 1914 en 1919 stegen die kosten met meer dan het viervoudige. Om een ander Meerenbergs voorbeeld te noemen: het salaris van een gediplomeerde verplegende bedroeg na een flinke verhoging in 1913 *f*390,-, maar steeg in 1915 naar *f*650,-. Ook de verpleegprijzen gingen omhoog: van *f*320,- in 1908 naar *f*400,- in 1917.[498] Toch leverde de investering in meer en iets beter betaalde verplegenden wel degelijk iets op: behalve meer handen aan het bed ook een geringer verloop. De gestichten konden deze kosten trouwens gewoon doorberekenen in de verpleegprijzen die de gemeenten voor het grootste deel moesten opbrengen.[499] Naarmate de economische situatie moeilijker werd, eerst ten gevolge van de Eerste Wereldoorlog en later door de crisis van de jaren dertig, kon het evenwel niet uitblijven dat ook de gestichten, mede onder druk van overheidswege, tot bezuinigingen en alternatieven voor gestichtsverpleging moesten overgaan. Dat komt in het volgende deel aan de orde.

1.5.5. *Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren*

Terwijl het de taak van krankzinnigenverplegenden was om zich dag en nacht bij de patiënten op te houden, op hen te letten en voor hen te zorgen, onderhielden gestichtsgeneesheren een aanzienlijk beperkter contact met hun patiënten. Uitgaande van de na 1884 door de Inspectie gehanteerde norm van minimaal één geneesheer op 200 patiënten hadden de geneesheren bij een achturige werkdag per patiënt gemiddeld een paar minuten per dag oftewel ongeveer een kwartier per week beschikbaar. Uit onderzoek van een NVP-commissie naar de positie van geneesheren in krankzinnigengestichten bleek dat voor de meesten van hen een diensttijd was voorgeschreven van 9 uur 's-ochtends tot 4 à 5 uur 's-middags, onderbroken door een rusttijd van ongeveer anderhalf uur, terwijl zij tevens verplicht waren een korter of langer avondbezoek op hun eigen afdeling af te leggen. Op sommige dagen moesten zij voor het geven van een cursus aan verplegenden nog enkele uren aan hun diensttijd toevoegen. Inwonende geneesheren hadden vrijwel continu dienst.[500] Slechts een deel van hun werktijd besteedden gestichtsartsen aan rechtstreeks contact met patiënten aangezien uiteraard ook tijd nodig was voor overleg met en instructie van de verpleging, contacten met collega's, administratie, zo nodig contacten met familie van patiënten, soms ook onderzoek en een particuliere praktijk. Normaal gesproken zagen patiënten de geneesheer van hun afdeling slechts tijdens diens korte rondgang op zaal in gezelschap van de hoofdzuster of soms -

[496] Uiteraard gold dit niet voor de religieuzen.
[497] Meijer 1909, 415. De cursivering is van Meijer. Zie ook Cox 1910a.
[498] Boschma 1997a, 119-120.
[499] Zie voor een nadere analyse: Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b.
[500] Vergelijk Van Deventer et al. 1909, 422.

broeder. In de weken na opname was dit een dagelijkse routine, daarna kon de frequentie, afhankelijk van de aard van de problematiek, teruglopen. Klassepatiënten konden hoe dan ook op wat meer aandacht rekenen. Verder waren er uiteraard ook tussen de gestichten verschillen in de arts-patiënt-ratio, zoals dat ook met de verplegenden het geval was.

Hoewel de door de Inspectie gestelde norm een aantal gestichtsbesturen verplichtte om meer geneesheren in dienst te nemen en derhalve als ondergrens een nuttige functie vervulde, bleken artsen zich naarmate de tijd verstreek steeds minder in deze norm te kunnen vinden. Naar hun mening was alleen al geneeskundig gezien een minimum van één geneesheer op 200 patiënten volstrekt onverantwoord. Dit werd nog eens onderstreept in een in 1909 verschenen rapport van een NVPN-commissie die onderzoek deed naar de positie van de gestichtsgeneesheren.[501] Het antwoord op de vraag of de verbetering van de arbeidsvoorwaarden voor de gestichtsarts gelijke tred had gehouden met de vermeerdering van zijn plichten was ronduit negatief. Ten eerste was een te groot aantal patiënten aan de zorg van de geneesheer toevertrouwd. De commissie vond één geneesheer op ongeveer honderd patiënten redelijk.[502] In de praktijk bleek dit voor slechts een kleine minderheid van de gestichtsgeneesheren het geval te zijn. Veruit de meesten hadden 150 tot 300 patiënten onder hun hoede.[503] Ten tweede waren de aanvangssalarissen weliswaar voldoende, maar ontbrak het veelal aan een 'regelmatige opklimming in rang' en een pensioenregeling. Voorts was gebleken dat niet alle gestichtsartsen recht hadden 'op consultatieve praktijk, recht op praktijk met specialistische behandeling, recht op het doen van verschillende onderzoekingen'. De commissie beval aan dat recht aan alle gestichtsartsen 'in ruime mate' te geven.[504]

Uit het rapport van de commissie bleek eens te meer dat de artsen veel klachten hadden. Behalve de toename van de gestichtsbevolking, de verstopping met chronische patiënten, de stijgende kosten van de krankzinnigenzorg en het peil van de verpleging waren ook hun eigen positie en werkomstandigheden in het gesticht een bron van frustratie. Zij verdienden slecht in vergelijking met andere artsen, zagen niet veel resultaat van hun werk en genoten relatief weinig aanzien onder hun collega medici. Daar kwam nog bij dat de gestichten onder het publiek een niet al te beste naam hadden. Voordat de gestichtsartsen hun werkbelasting en salariëring als centrale elementen van hun 'vakbelangen' naar voren schoven, speelde sedert halverwege de negentiende eeuw een meer fundamentele kwestie, namelijk de zeggenschap van geneesheren in het gesticht. De NVP(N) stelde zich van meet af aan op het standpunt dat de algehele verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in een gesticht bij een geneesheer-directeur diende te berusten. De constructie van een regentenbestuur als eerstverantwoordelijke en

---

[501] Van Deventer et al. 1909.

[502] Zoals in het inleidende gedeelte van hoofdstuk 1.5. De wereld van het gesticht aangegeven, vermeldde Van Deventer reeds in 1905 in zijn verslag over het internationale vergelijkende onderzoek naar de toestand van krankzinnigengestichten dat in de onderzochte landen een gemiddelde gold van één geneeskundige op honderd patiënten. Zie Van Deventer 1905. De NVPN-commissie ging ertoe over om zowel een vragenlijst toe te sturen naar de in de Nederlandse krankzinnigengestichten werkzame geneesheren, als informatie in te winnen over de positie van gestichtsartsen in andere landen.

[503] De commissie baseerde zich op gegevens die 44 gestichtsartsen hadden verstrekt. Van Deventer et al. 1909, 423. Van Drunen komt voor het jaar 1900, uitgaande van 54 gestichtsartsen en een patiëntenpopulatie van 8.139, tot een ratio van 1 gestichtsarts op elke 151 Patiënten. Van Drunen 2004, 14. Zie ook Bambang Oetomo 1970, 41-43.

[504] Van Deventer et al. 1909, 429.

een verdeling van bevoegdheden tussen artsen en andere functionarissen, vond de vereniging gezien de primair geneeskundige functie van het gesticht niet langer acceptabel. Conflicten zoals die zich in het midden van de negentiende eeuw in het Zutphense gesticht voordeden tussen de eerste geneesheer Ramaer en de bestuurders kwamen aan het eind van de eeuw ook nog voor. Zo deed zich in de jaren 1887-1888 in het gesticht Voorburg (Vught), dat door de aanwezigheid van katholieke religieuzen in feite een dubbele hiërarchie kende, een scherp conflict voor.[505] De botsing over bevoegdheden tussen het bestuur en de eerste geneesheer Tellegen, die eiste dat de broeder-overste van zijn taak ontheven werd, leidde ertoe dat Tellegen en zijn twee collega's ontslag namen. Voor de NVP was dit reden om de volgende motie aan te nemen.

> De Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie betuigt haren dank aan voormelde Heeren, dat zij bij het verlaten van hunne betrekking de eenig juiste beginselen, die het standpunt van den geneesheer van een geneeskundig gesticht voor krankzinnigen behooren te beheerschen, standvastig zijn getrouw gebleven. Zij spreekt het vertrouwen uit, dat geen Nederlandsch medicus ooit bereid zal bevonden worden om op eenige andere wijze het beheer van een gesticht voor krankzinnigen op zich te nemen, wanneer daarbij niet de beginselen van onafhankelijkheid des geneesheers op voldoende wijze gewaarborgd worden.[506]

In 1895 deed zich te Dordrecht een soortgelijk conflict voor.[507] Ook in deze 'Dordrechtse Gestichtsquaestie' hield de eerste geneesheer, F.M. Cowan, voet bij stuk, kreeg geen gelijk en trok daaruit zijn consequenties. Behalve hijzelf nam ook de tweede geneesheer ontslag. Daar bleef het evenwel niet bij, want drie jaar later moest het Dordrechtse gesticht tot sluiting overgaan omdat het niet kon voldoen aan de wettelijke normen.[508] Aangezien de Voorburgse en de Dordrechtse kwesties niet in het voordeel van de betreffende gestichtsgeneesheren werden beslist, waren zij voor de NVP(N) een reden te meer om duidelijk stelling te nemen en dat ook aan de gestichtsbesturen te doen weten.

Rond 1900 waren in Nederland ongeveer zestig geneesheren in krankzinnigengestichten werkzaam.[509] Het merendeel van hen was lid van de NVPN, maar er leefde onder hen ontevredenheid over het functioneren van de vereniging. Hoogleraren zetten de toon daarin en de aandacht was sinds de jaren tachtig in het bijzonder uitgegaan naar de bevordering van de psychiatrie als wetenschap, het psychiatrisch onderwijs en de maatschappelijke profilering van het vak buiten de gestichten. Onder gestichtspsychiaters groeide het gevoel dat aan een van de doelstellingen van de vereniging, die Ramaer indertijd in zijn oprichtingsrede naar voren had gebracht, hun beroepsbelangen en de verbetering van de krankzinnigenzorg, onvoldoende tegemoet was gekomen. Vanaf het begin van de twintigste eeuw kwamen de 'vakbelangen' van de gestichtsgeneesheren op gezette tijden aan de orde.

---

[505] Binneveld en Wolf 1985, 58-62; Bakker 2002a, 23-24.
[506] Redactie *Psychiatrische Bladen* 1888, 152.
[507] Tellegen 1895a; Haver Droeze 1895; Tellegen 1895b. Zie ook Bambang Oetomo 1970, 44-45.
[508] Pouw s.a. [1982]. Het gemeentebestuur van Dordrecht vond het te begrotelijk om de noodzakelijke nieuwbouw te realiseren.
[509] Van Drunen 2004, 14; Abma en Weijers 2005, 46.

In 1903 verwoordde Van Deventer als geneesheer-directeur van Meerenberg het ongenoegen met een pleidooi voor de instelling van een commissie binnen de NVPN die zou moeten nagaan hoe de leden het beste hun belangen konden behartigen. Hij wees in dit verband op de maatschappelijke vooroordelen omtrent krankzinnigen en de gesloten gestichten, de slechte reputatie die gestichtsartsen daardoor genoten, hun karige bezoldiging en hun gebrek aan loopbaanmogelijkheden, opleiding en wetenschappelijke hulpmiddelen. 'Te voorzien is het,' aldus Van Deventer, 'dat jaren zullen moeten verloopen vóór de gestichtsarts de plaats inneemt welke hem rechtmatig toekomt, wanneer hij naast het ijveren voor de belangen der patiënten, ook voor zijne eigene belangen niet krachtiger optreedt.'[510] De vervolgens door de NVPN ingestelde commissie van preadvies inzake het bevorderen der vakbelangen van de gestichtsartsen slaagde er echter niet in om tot overeenstemming te komen.[511] Een meerderheid beval de instelling van een commissie voor de vakbelangen aan, een minderheid was daar tegen. Deze minderheid verwachtte meer van een grotere activiteit van de gestichtsartsen zelf dan van een commissie van de NVPN die uit te 'heterogene elementen' zou bestaan: niet alleen waren ook anderen dan gestichtsgeneesheren lid, als veel bezwaarlijker gold dat ook niet-vakgenoten lid konden zijn en dat ook waren. De minderheid in de commissie signaleerde dat 'het begrip psychiater in ons land een niet scherp omschreven denkbeeld' was en dat het behoren tot deze beroepsgroep evenmin een eis voor het lidmaatschap was. Achteraf bezien vormde dit minderheidsstandpunt de eerste voorbode van een ontwikkeling die in 1919 zou leiden tot de oprichting van een nieuwe vereniging: de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen.

De reactie van de NVPN op het commissierapport luidde dat de inspecteurs voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten de aangewezen personen waren om voor de belangen van gestichtsgeneesheren op te komen en dat instelling van een commissie voor vakbelangen voorlopig niet raadzaam was. L. Bouman, die in 1907 als geneesheer-directeur van het gereformeerde gesticht Bloemendaal te Loosduinen aantrad en nog in datzelfde jaar aan de Vrije Universiteit te Amsterdam hoogleraar psychiatrie werd, kwam in 1906 op de kwestie terug, waarbij hij nog eens wees op de 'eigenaardige' positie van de gestichtsartsen. De hoogte van hun salaris liet te wensen over en het ontbrak hen aan pensioenrechten. Volgens Bouman heerste in de maatschappij een irreëel beeld van het werk van de gestichtsgeneesheer - 'Wat is lichter dan een paar maal per dag de visite te maken […] en verder den dag door te brengen met jagen, visschen of andere liefhebberijen!' - terwijl in werkelijkheid de betrekking 'weinig dankbaar is, zoowel door het groote aantal chronische gevallen, dat men te behandelen heeft, als door de vaak weinig sympathieke bejegening der familieleden […]'[512] Bouman verwachtte niet dat de inspecteurs veel konden uitrichten, maar dat gold zijns inziens evenzeer voor de NVPN, althans waar het de materiële belangen betrof. Wel was er volgens hem een belangrijke taak voor de NVPN weggelegd op het gebied van de kwaliteitsbewaking: het kwam in Nederland nog te vaak voor dat een geneesheer, en zelfs een geneesheer-directeur, in een krankzinnigengesticht werd aangesteld, 'zonder eenige speciale voorstudie gemaakt te hebben.'[513] Bouman kwam dan ook met de aanbevelingen

[510] Van Deventer 1903, 192.
[511] Van Deventer 1903; Schermers 1904b.
[512] Bouman 1906, 208, 210-211.
[513] Bouman 1906, 211.

om de aanstelling van gestichtsgeneesheren aan een bepaalde regeling te onderwerpen, hun opleiding te verbeteren - deze moest bij voorkeur plaatsvinden in een universitaire psychiatrische kliniek - en de wetenschappelijke uitwisseling te bevorderen.

Ondanks de eerder ingenomen positie van relatieve afzijdigheid ging de NVPN in 1908 welwillend in op een voorstel van Van Deventer, inmiddels inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, en enkele geneesheren om een onderzoek in te stellen naar de positie van gestichtsgeneesheren in Nederland. Het hierboven reeds aangehaalde rapport over dit onderzoek uit 1909 liet er geen misverstand over bestaan dat de arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden van gestichtsartsen verbetering behoefden. Kennelijk sorteerde deze constatering onvoldoende effect, want uit een in 1916 gepubliceerd artikel van de kersverse inspecteur W.M. van der Scheer bleek eens te meer dat er nog veel schortte aan de sociale positie van de gestichtsgeneesheren. In vrijwel alle gestichten liet de bezoldiging van de gewone geneesheren dermate te wensen over dat een groot aantal artsen de gestichten na korte tijd verliet. In verschillende gestichten was zelfs toegestaan dat zij ter aanvulling van hun salaris een consultatieve praktijk hielden – een 'verkeerd beginsel', aldus Van der Scheer, die in dit opzicht dus een geheel ander geluid liet horen dan het rapport uit 1909. Het was volgens de gestichtsbesturen zeer moeilijk 'om zich van *werkelijk goede krachten* te voorzien'. Evenals het rapport uit 1909 kwam ook Van der Scheer tot de slotsom dat de salarissen bij toenemende anciënniteit geregeld dienden te worden verhoogd. Want, zo voegde hij hieraan toe: 'Liefde voor de psychiatrie onder de studeerenden is er genoeg. Er is echter te weinig toekomst, zoodat goede krachten een andere richting uitgaan.'[514]

[514] Van der Scheer 1916, 531, 533. Volgens Van der Scheer zou een geneesheer-directeur van een groot krankzinnigengesticht, zoals in een deel der gestichten al het geval was, minstens *f*6.000 moeten verdienen met daarbij recht op vrij wonen en pensioen, terwijl een geneesheer-directeur van een klein gesticht zou moeten toekunnen met een beginsalaris van *f*5.000,- plus vrij wonen en pensioen. Voor de gewone geneesheren vond hij een aanvangssalaris van *f*2.500,- met recht op vrij wonen en pensioen voldoende, mits bij langdurige plichtsvervulling een maximum van minstens *f*4.000,- of *f*4.500,- zou kunnen worden bereikt.

1.6. De zorg voor zenuwlijders

1.6.1. *Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt*

De medische aandacht voor zenuwaandoeningen, waaronder neurasthenie, en een grotere maatschappelijke gevoeligheid voor deze kwalen brachten met zich mee dat enkele artsen en verplegenden zich vanaf de jaren 1880 op een nieuwe doelgroep richtten: de zenuwlijders, patiënten die in de zin der wet niet krankzinnig waren en derhalve niet thuis hoorden in het gesticht. Het betrof een divers samengestelde categorie, die behalve lijders aan neurosen als hysterie of neurasthenie ook patiënten met lichtere psychosen en met 'organische zenuwziekten', bijvoorbeeld epilepsie, omvatte. Dit brede scala aan moeilijkheden bood geneeskundigen de mogelijkheid het psychiatrisch werkgebied buiten de krankzinnigengestichten uit te breiden en het medisch-neurologische karakter van hun vak alsmede het daaraan verbonden beroepsprestige te versterken. De uit Amerika overgewaaide diagnose neurasthenie (zenuwzwakte), die ook in Nederland aansloeg, bevorderde deze tendens.[515] Het is overigens niet zo dat zenuwlijders per definitie lijders aan neurasthenie waren of dat neurasthenie alle vormen van zenuwziekte omvatte. [516] Er ontstonden speciale instellingen voor de behandeling van zenuwlijders: verpleegtehuizen, rust- en kuuroorden, sanatoria en andere therapeutische instellingen. Rond 1900 waren er in Nederland tenminste 23 van dergelijke voorzieningen, die vooral somatische behandelwijzen boden zoals hydro- en electrotherapieën, massage, lichamelijke oefening en dieet- en rustkuren.[517]

In tegenstelling tot de krankzinnigengestichten was voor opname in deze instellingen geen rechterlijke machtiging nodig en vergoedde de armenzorg het verblijf erin niet. Ze waren derhalve alleen toegankelijk voor patiënten die de kosten van verpleging en behandeling zelf konden opbrengen of voor wie derden betaalden. Onbemiddelde zenuwlijders, voor wie de rechter geen machtiging voor opname in een gesticht afgaf omdat ze niet krankzinnig verklaard waren, bleven doorgaans verstoken van medische behandeling omdat gemeenten zonder een krankzinnigverklaring of dwangopname hun verpleging niet vergoedden. Voor met name enkele hoogleraren in de psychiatrie was een en ander reden om de noodzaak van juridische tussenkomst op psychiatrisch terrein te betwisten. Al voor de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 was vanuit de NVP kritiek gekomen op de vereiste rechterlijke machtiging of inbewaringstelling: ten behoeve van een effectieve en zo vroeg mogelijke behandeling van geestes- en zenuwstoornissen zou het mogelijk moeten zijn om ook patiënten vrijwillig, om uitsluitend medische redenen, op te nemen. Zo stelden de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten al in hun verslag over de jaren 1875-1877 dat er behoefte was aan particuliere instellingen voor de verpleging van rustige krankzinnigen uit de hogere standen; dergelijke verpleging zou heilzamer zijn dan een verblijf in een gesticht.

Het streven van artsen om de rechterlijke bemoeienis ten gunste van medische criteria terug te dringen kreeg een belangrijke impuls toen zenuwlijders een doelgroep

---

[515] Voor internationale vergelijkingen met betrekking tot neurasthenie: Gijswijt-Hofstra en Porter 2001. Zie over neurasthenie in Nederland: Vijselaar 2001, 246; Slijkhuis 2001a; Gijswijt-Hofstra 2001b; Vos 2007a.
[516] Vergelijk Kerkhoven en Vijselaar 1993; Slijkhuis 2001b.
[517] Vijselaar 2001, 246. Zie voor een gedetailleerder overzicht van de voorzieningen voor zenuwlijders Kerkhoven en Vijselaar 1993.

van de psychiatrie werden en de hoogleraren ijverden voor de inrichting van universitaire psychiatrische klinieken voor onderwijs en onderzoek. De bepaling in de Krankzinnigenwet dat geesteszieken niet tezamen met andere patiënten in één instelling mochten verblijven alsmede de voor hen vereiste rechterlijke machtiging stonden volgens hen de ontwikkeling van psychiatrische universiteitsklinieken in de weg. Ten behoeve van onderwijs en onderzoek moest opname van zowel zenuwpatiënten als krankzinnigen zonder juridische formaliteiten mogelijk zijn. Vanuit de NVP drongen Winkler, Tellegen en Jelgersma er krachtig op aan psychiatrische klinieken aan alle universiteiten op te zetten en deze buiten het Staatstoezicht te houden. Jelgersma, die pleitte voor inrichtingen met een zuiver geneeskundige status, bekritiseerde de omslachtigheid van de gerechtelijke procedures, de daarmee verbonden stigmatisering en de juridische scheiding tussen krankzinnigen en zenuwpatiënten. Voor beide categorieën zou de mogelijkheid moeten bestaan van vrijwillige opname in klinieken en sanatoria op medische gronden; staatstoezicht op deze inrichtingen achtte Jelgersma niet nodig.[518] De eerste universitaire klinieken, die onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid (de rijksuniversiteiten) ofwel de gemeente Amsterdam (de gemeentelijke universiteit) vielen, waren in feite illegaal en er ontstonden conflicten tussen de inspecteurs en de hoogleraren die baas in eigen huis wilden zijn. In Amsterdam werd geen vergunning gevraagd voor de oprichting in 1893 van Paviljoen III, de psychiatrische kliniek waar krankzinnigen tezamen met zenuwzieken werden verpleegd.[519]

Zoals vermeld konden zenuwlijders rond 1900 terecht in meer dan twintig geneeskundige sanatoria en rust- of herstellingsoorden. En er kwamen er nog vele bij, zij het dat niet alle even lang bestonden: met name kleinschalige voorzieningen verdwenen weer na verloop van tijd.[520] Behalve sanatoria en rust- of herstellingsoorden bestonden er al dan niet logies verschaffende geneeskundige badinrichtingen en gespecialiseerde inrichtingen voor fysische therapie. Daarnaast bood een groeiend aantal zelfstandig gevestigde zenuwartsen hun diensten aan. Van een drietal onder hen, A.W. van Renterghem en F. van Eeden in Amsterdam en P. Bierens de Haan in Utrecht, is bekend dat zij zich al voor 1900 profileerden met psychotherapeutische behandelingen.[521]

De kleinere sanatoria en de rust- en herstellingsoorden kwamen alle voort uit particulier initiatief – doorgaans van artsen dan wel (psychiatrisch) verplegers of verpleegsters die dit gat in het koopkrachtige deel van de markt voor psychiatrisch-neurologische en daarmee verwante zorg op creatieve wijze wisten te benutten. Dit werd in de hand gewerkt door de bepaling in de Krankzinnigenwet van 1884 dat maximaal twee officieel krankzinnig verklaarde patiënten zonder vergunning mochten worden verpleegd. Voor rustige 'krankzinnigen' uit de betere standen, voor wie geen krankzinnigverklaring en rechterlijke machtiging was aangevraagd, konden sanatoria en

---

[518] Zie over Jelgersma's opvattingen in deze ook 1.4.3. De grenzen van krankzinnigheid.

[519] Van der Esch 1975-1980, III: 89-91. Zie ook Mooij 1999. En voorts 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie.

[520] Een combinatie van de opgaven van Van Andel 1901 en het *Geneeskundig Jaarboekje* 1901 levert voor dat jaar 25 sanatoria en herstellingsoorden, inclusief een tweetal geneeskundige badinrichtingen met logiesmogelijkheden op. Zie over het in 1900 geopende herstellingsoord voor onderwijzers te Lunteren: Vos 2007a. Na 1901 kwamen nog diverse sanatoria en herstellingsoorden tot stand. Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie ook bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884-1940.

[521] Zie Kerkhoven en Vijselaar 1993, 38-39.

herstellingsoorden voor zenuwlijders een welkome uitkomst bieden. Uiteraard gold dat eveneens voor de, naar verluidde, groeiende schare van neurasthenici en andere zenuwlijders.[522]

Afgezien van enkele herstellingsoorden van protestants-christelijke signatuur, waren de overige herstellingsoorden en de kleinere sanatoria neutraal. Van katholieke signatuur was alleen Overdonk te Dongen, het in 1892 opgerichte sanatorium voor mannelijke zenuwlijders en rustbehoevenden van de Broeders van O.L.V. van Lourdes. Het aantal patiënten in Overdonk steeg van 25 in 1894 tot 112 in 1910.[523] Van de twee grotere sanatoria uit het begin van de twintigste eeuw was het ene een gemeentelijke instelling en het andere gereformeerd. In 1903 ging het Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest te Oegstgeest open, het geesteskind van Jelgersma, die hiermee zijn wens in vervulling zag gaan dat sanatoriumverpleging ook binnen het bereik kwam van 'minder door fortuin begunstigde lijders', zoals onderwijzers, artiesten en beambten.[524] Aanvankelijk had Rhijngeest ruimte voor 74 tweede-klassepatiënten (onderverdeeld in klasse 2A en 2B) en acht à negen eerste-klassepatiënten. Evenals Endegeest en het in 1912 voor zwakzinnige jongeren opgerichte Voorgeest was Rhijngeest een instelling van de gemeente Leiden. De banden met de Leidse universiteit werden echter al spoedig geïnstitutionaliseerd toen in 1908 met rijksfinanciering twintig bedden in klasse 2B in Rhijngeest voor het medisch onderwijs beschikbaar kwamen.[525] Deze 'rijksbedden' openden de mogelijkheid om ook arme patiënten op kosten van het Rijk op te nemen. Voor verpleging op de overige bedden kwamen alleen zelfbetalende patiënten in aanmerking, dan wel patiënten voor wie derden betaalden. Uit patiëntendossiers van Rhijngeest blijkt bijvoorbeeld dat het met enige regelmaat voorkwam dat een dienstbode of onderwijzer(es) op kosten van respectievelijk haar werkgever of van een beroepsvereniging werd verpleegd.[526]

Het door Koningin-Moeder Emma, eveneens in 1903 geopende Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist was een initiatief van de in 1900 opgerichte Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland, de 'kleine zuster' van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland.[527] Er was plaats voor een kleine honderd patiënten. In 1908 benadrukte Schermers, sedert 1906 geneesheer-directeur van dit sanatorium, nog eens de nuttige, welhaast onmisbare functie van sanatoria voor zenuwlijders toen hij schreef dat zulke instellingen zeer nuttig waren, 'zoowel om de opname in een gesticht te voorkomen als om het ontslag daaruit te vergemakkelijken'. Evenals Rhijngeest bood het sanatorium te Zeist plaats 'voor zenuwlijders zoowel uit den meer gegoeden als uit den eenvoudigen burgerstand', hetgeen Schermers net als Jelgersma toejuichte.[528]

Behalve de kleinschaligheid en de particulier-neutrale status van het overgrote deel van de sanatoria en herstellingsoorden, valt ook in de situering een

---

[522] Kerkhoven en Vijselaar 1993. Gijswijt-Hofstra en Porter 2001. De literaire verbeelding van deze problematiek, zoals die bijvoorbeeld is te vinden in romans van L. Couperus, verdient een aparte studie. Zie voorts 1.6.2. over zenuwlijders in Rhijngeest.
[523] Kerkhoven en Vijselaar 1993, 42-43, 56-57: noot 85.
[524] Jelgersma 1897, 188-189.
[525] Rooijmans 1998, 21.
[526] Ongepubliceerd onderzoek M. Gijswijt-Hofstra. Zie ook 1.6.2. over zenuwlijders in Rhijngeest.
[527] Schermers 1908; Lindeboom en Van Lieburg 1984; Hutschemaekers en Hrachovec 1993.
[528] Schermers 1908, 14, 17.

gemeenschappelijk element aan te wijzen. De instellingen waren geconcentreerd in het midden van het land in een doorgaans bosrijke omgeving, maar niet te ver van de bewoonde wereld en goed bereikbaar met trein of tram. Populair waren het gebied rond Nijmegen en Arnhem, de Veluwe, de Utrechtse Heuvelrug, het Gooi, en de regio's Den Haag, Haarlem en Amsterdam.[529]

Wat is bekend over de samenstelling van de sanatoriumbevolking, de toegekende diagnoses, de therapieën die deze instellingen boden en de resultaten ervan? Hoe stond het bijvoorbeeld met de diagnose neurasthenie? Op grond van onderzoek naar de beide in 1903 geopende sanatoria voor zenuwlijders, Rhijngeest en het Christelijk Sanatorium te Zeist, valt in grote lijnen het volgende beeld te schetsen.[530]

Het Christelijk Sanatorium betrok aanvankelijk zijn patiënten uit de 'gegoede burgerij van calvinistisch Nederland'. Alleen in de eerste jaren werden er meer mannen dan vrouwen opgenomen.[531] De sociaal-economische en godsdienstige achtergrond van de patiënten in Rhijngeest vertoonde - mede dankzij de 'rijksbedden' - meer variatie. Reeds vanaf het begin vormden vrouwelijke patiënten daar een kleine meerderheid.[532] Ook de diagnoses vertonen onderlinge verschillen. In Zeist kreeg ruim de helft van de patiënten vóór 1910 de diagnose neurasthenie: 64 procent van de mannen en bijna 30 procent van de vrouwen. Daarna liep de frequentie ervan geleidelijk terug tot ongeveer 25 procent in 1925 en zo'n 8 procent in 1940 van alle opgenomen patiënten.[533] Ook van de diagnoses hysterie - over een langere periode (1903-1985) bezien de meest voorkomende diagnose - en psychopathie liepen de frequentie terug. Bij ontstentenis van een totaaloverzicht van de toegekende diagnosen, valt voor Zeist evenwel niet vast te stellen in hoeverre in de periode voor 1940 ook patiënten met (lichtere) psychosen of met 'organische' zenuwziekten in dit sanatorium terecht kwamen – zoals dat in Rhijngeest wél het geval was.

De jaaroverzichten van Rhijngeest over de periode 1905-1919 wijzen uit dat de neurosen (neurasthenie, hysterie, psychasthenie en dergelijke) tezamen slechts bij uitzondering meer dan de helft van het totale patiëntenbestand betroffen en dat daarnaast de psychosen (onderverdeeld in dementia praecox, melancholia, insania periodica, paranoia en andere psychosen) en ook de organische zenuwziekten (waaronder dementia paralytica, tabes, multiple sclerose) substantieel waren vertegenwoordigd.[534] Behalve in de jaren 1905-1907, toen de diagnose neurasthenie aanzienlijk frequenter voorkwam dan hysterie, nam hysterie vrijwel zonder uitzondering de eerste plaats in. Vanaf 1908, toen de verwante diagnose psychasthenie in Rhijngeest zijn intrede deed, verloor de neurasthenie aanvankelijk terrein om vervolgens, tussen 1915 en 1925, op een wat hoger niveau te stabiliseren, waarna de daling meer definitief inzette. Opvallend is ook dat artsen de diagnose neurasthenie in Rhijngeest veelvuldiger aan vrouwen dan aan mannen toekenden: 58 tegen 42 procent in de periode 1905-1919.[535] In de jaren daarna (1920-

---

[529] Kerkhoven en Vijselaar 1993, 44.
[530] Respectievelijk Gijswijt-Hofstra 2004; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Hutschemaekers 1990. Voor sanatorium Overdonk te Dongen en de kleinere sanatoria is geen onderzoek beschikbaar.
[531] Hutschemaekers 1993c, 84-85. Hutschemaekers baseert zich op een steekproef van 929 dossiers uit de periode 1903-1985 van patiënten die niet als psychotisch werden beschreven.
[532] Gijswijt-Hofstra 2004.
[533] Hutschemaekers 1993c, 86-88.
[534] De jaaroverzichten van Rhijngeest zijn gepubliceerd in de Leidse gemeenteverslagen.
[535] Vergelijk Gijswijt-Hofstra 2001a, 23-24; Gijswijt-Hofstra 2001b, 299-300.

1937) waren mannen evenwel in de meerderheid. De sekseverdeling bij hysterie was daarentegen tamelijk constant, met vóór 1920 zo'n 80 procent vrouwen en daarna ongeveer 75 procent. Ook mannen kregen dus met enige regelmaat het etiket hysterisch opgeplakt.

De artsen van het Christelijk Sanatorium en Rhijngeest behandelden hun patiënten met elektrotherapie, medicatie, bedrust, lichaamsbeweging in de vorm van wandelen of gymnastiek, massage en diverse vormen van bezigheid en ontspanning. Het sanatorium te Zeist maakte bovendien veelvuldig gebruik van hydrotherapie en legde een tamelijk sterk accent op bezigheids- of arbeidstherapie – bid en werk was daar het devies.[536] Rhijngeest onderscheidde zich vanaf de tweede helft van de jaren 1910 in een vroeg stadium door de toepassing van psychoanalyse, zij het bij een beperkt aantal patiënten met als diagnose hysterie, neurasthenie of een andere vorm van neurose: de medische staf beschikte over onvoldoende tijd om deze tijdrovende therapievorm op ruimere schaal toe te passen.[537] Over de effecten van verblijf en behandeling is voor het sanatorium te Zeist niets en voor Rhijngeest weinig bekend. De jaaroverzichten van Rhijngeest wijzen uit dat het merendeel van de patiënten binnen een half jaar met ontslag ging en dat ruim de helft daarvan was 'hersteld' dan wel in meer of mindere mate 'verbeterd'. Soms was de toestand van patiënten bij ontslag echter verergerd en volgde in een aantal gevallen overplaatsing naar een krankzinnigengesticht. Met enkele van deze patiënten zullen wij in de volgende paragraaf kennismaken.

De samenstelling van het patiëntenbestand van de beide sanatoria voor zenuwlijders laat hoe dan ook zien dat het begrip zenuwlijders of zenuwlijden aanzienlijk meer ziektebeelden omvatte dan alleen dat van de neurasthenie. Dit neemt niet weg dat in contemporaine lectuur over de kwalen van de moderne tijd de termen zenuwlijden en neurasthenie of zenuwzwakte min of meer als elkaars synoniemen fungeerden.[538] De Amerikaanse zenuwarts en elektrotherapeut G.M. Beard, de 'vader van de neurasthenie', beschouwde deze zenuwkwaal als een echt Amerikaanse ziekte, een aandoening van de moderniteit.[539] Onder de diagnose neurasthenie schaarde hij een hele reeks lichamelijke en psychische symptomen, zoals angst, wanhoop, slapeloosheid, gebrek aan concentratievermogen, extreme moeheid, hartkloppingen, migraine, spijsverteringsproblemen en impotentie. Deze symptomen waren, zo meende Beard, het gevolg van een tekort aan zenuwkracht, dat op zijn beurt voortkwam uit een overmatige belasting van de hersenen en de spijsverterings- en de voorplantingsorganen. Die overbelasting zou weer te wijten zijn aan de druk van de moderne, dynamische samenleving: het hectische stadsleven, de snelle vervoers- en communicatiemiddelen, de toename van hoofdarbeid en het hoge werktempo. Het therapeutisch repertoire bestond uit elektro-therapie, de rustkuur van de Amerikaanse arts S.W. Mitchell (met onder meer een verblijf in afzondering, bedrust, een voedzaam dieet en massage), een bezoek aan een kuuroord, een verblijf aan zee of in de bergen en diverse vormen van psychotherapie, eventueel gecombineerd met een verblijf in een sanatorium.

---

[536] Hrachovec 1993.
[537] Ongepubliceerd onderzoek van Gijswijt-Hofstra.
[538] Zie Vijselaar 2001; Slijkhuis 2001a.
[539] Zie Gosling 1987; Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; vergelijk Vijselaar 2007a, 11-15.

Vanaf het begin van de jaren 1880 raakte Beards gedachtengoed in Europa verbreid. Met name in Duitsland sloeg het neurasthenieconcept al direct sterk aan.[540] De Nederlandse receptie van neurasthenie voltrok zich wat trager. De diagnose bereikte niet eenzelfde mate van populariteit als in Duitsland en ook in Frankrijk. Toch ontbrak het in Nederland allerminst aan cultuurkritische geluiden als reactie op de moderniseringsprocessen die, naar het oordeel van gegoede burgers, een bedreiging vormden voor burgerlijk liberale waarden als wilskracht, zelfbeheersing en plichtsbesef. In het verlengde hiervan stond de neurastheniediscussie – dan wel de discussie over het zenuwlijden – in het teken van de angst voor het verlies van moraliteit en religieuze waarden, kortom voor de teloorgang van de burgerlijke samenleving. In Nederland nam het fin-de-siècle pessimisme overigens niet dezelfde proporties aan als in met name Duitsland en Frankrijk, waar de ophef over het vermeende nationale verval wijd verbreid was.[541]

1.6.2. *Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest*

Hoe werden de grenzen tussen zenuwziek en krankzinnig, tussen sanatorium en krankzinnigengesticht in de praktijk getrokken en wat betekende dit voor de direct betrokkenen? Aan de hand van dossiers van de patiënten van Rhijngeest uit de periode 1903 tot 1940 zullen we deze vragen beantwoorden.[542]

Zoals we hebben gezien was voor Jelgersma vanuit medisch en praktisch oogpunt niet zozeer het verschil tussen enerzijds krankzinnigheid of psychosen en anderzijds zenuwaandoeningen relevant als wel dat tussen aan de ene kant gevaarlijke en lastige psychoselijders (die verdienden het etiket krankzinnig) en aan de andere kant lichte en rustige psychoselijders en zenuwlijders met ziekte-inzicht. De laatste twee groepen zouden tezamen in een zenuwinrichting verpleegd kunnen worden. Het maakte immers nogal wat uit of iemand wel of niet gevaarlijk was voor zichzelf of voor anderen. Voor zenuwlijders die blijk gaven van ziekte-inzicht en zich vrijwillig onder behandeling stelden, was opname in een zenuwinrichting hoe dan ook geëigend, maar ook lijders aan lichtere vormen van psychosen konden gebaat zijn bij opname in een dergelijke inrichting. Gestichtsopname en de daarmee gepaard gaande vrijheidsberoving beschouwde Jelgersma als een noodzakelijk kwaad dat alleen acceptabel was indien lijders aan psychosen gevaarlijk waren voor zichzelf of voor anderen.[543]

Rhijngeest, maar ook andere sanatoria voor zenuwlijders brachten deze visie inderdaad tot op zekere hoogte in praktijk. Voor 'krankzinnigen' - en dat gold ook voor lijders aan besmettelijke ziekten, bijvoorbeeld tuberculose - was Rhijngeest blijkens artikel 1 van de verordening op het Sanatorium uitdrukkelijk niet bedoeld. Desondanks bevonden zich onder de opgenomen patiënten heel wat psychoselijders, die ook als zodanig stonden opgevoerd in de Leidse gemeenteverslagen. Zo bevatten deze met ingang van het verslagjaar 1905 tabellen over de verdeling der verpleegden naar de vormen van ziekteprocessen, met een driedeling in neurosen, organische zenuwziekten en

---

[540] Zie Gijswijt-Hofstra 2001a; Radkau 1998; Shorter 1992; Shorter 1997, 113-144.
[541] Te Velde 1989; Vijselaar 2001; Radkau 1998; Nye 1984; Nye 1993; zie ook 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.
[542] Zie Gijswijt-Hofstra 2004.
[543] Jelgersma 1897b; Jelgersma 1897a, 2.

psychosen.[544] Deze zou tot 1926 dienst doen om vervolgens plaats te maken voor een tweedeling in geestelijke en organische afwijkingen.[545]

In de praktijk was er natuurlijk wel een probleem, want waar lag de grens? De in 1906 benoemde geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, J. van der Kolk, signaleerde in het gemeenteverslag over 1905 dat hoewel het sanatorium officieel geen krankzinnigen opnam, het aantal verpleegden met psychosen – op dat moment ruim 40 procent - toch 'vrij aanzienlijk' was. Daarvoor waren volgens hem verschillende oorzaken aan te wijzen. Ten eerste was het herhaaldelijk voorgekomen dat verwijzende artsen een zich ontwikkelende psychose niet als zodanig hadden onderkend. 'Zoo werden ons herhaaldelijk volkomen ter goeder trouw Hysterici toegezonden, die bij nader kennismaking Dementia-praecox-lijders blijken, of neurasthenische depressietoestanden, die zich ontpoppen als melancholici.' Ten tweede stelden collega's onder druk van familieleden, maar ook ter wille van hun patiënten de feiten nogal eens mooier of anders voor dan met de werkelijkheid overeenkwam. Dat had te maken met de afkeer 'die er bij het groote publiek bestaat van het krankzinnigengesticht. Zoo lang mogelijk wordt de interneering uitgesteld en sleept men zijn zieke familieleden liever eerst door de verschillende vaderlandsche Sanatoria'. Bovendien viel volgens Van der Kolk tussen de neurosen en psychosen geen scherpe grens te trekken en kon de eerste ieder ogenblik in de laatste overgaan. Daar kwam nog bij dat het tot dan toe 'vrijwel mislukt' was om een afdoende definitie van krankzinnigheid te geven. Vandaar dat de onderscheiding 'maatschappelijk al of niet krankzinnig' werd gehanteerd: als bij opname of bij het verdere verblijf in Rhijngeest bleek dat de patiënt 'voor zichzelf of voor anderen gevaarlijk of hinderlijk' was, moest deze het sanatorium verlaten.[546] Behalve gevaar voerde Van der Kolk dus ook hinderlijk gedrag op als uitsluitingscriterium. Een jaar later bleek het nog wat ingewikkelder te liggen: hij wees er toen op dat patiënten bij de beoordeling van hun geschiktheid voor sanatoriumverpleging slechts in 'maatschappelijk al- of niet-krankzinnigen' werden verdeeld, terwijl in de statistiek voor het gemeenteverslag de wetenschappelijke nomenclatuur was gevolgd, zodat onder de psychosen een groot aantal 'maatschappelijk niet-krankzinnigen' waren gerangschikt.[547]

Hoe het ook zij, de publieksvoorlichting over Rhijngeest vermeed angstvallig iedere associatie met krankzinnigheid. Zo presenteerde Van der Kolks voorganger als geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, J.C.Th. Scheffer, in een voor een algemeen publiek bestemd artikel over Rhijngeest de kwalen van de beoogde doelgroep van het sanatorium in termen van overspanning van het zenuwstelsel. Hoewel Scheffer de term neurasthenie niet bezigde, liet hij er, evenals Jelgersma, geen misverstand over bestaan dat het moderne leven met zijn gejaagdheid, concurrentie, geldzucht en intellectuele overbelasting vooral bij mensen met een zwak zenuwstelstel overspanning en dientengevolge zenuwziekte in de hand werkte. Voor herstel was dan ook ontspanning en rust, liefst buiten de eigen omgeving, noodzakelijk.[548]

---

[544] *Verslag van den toestand der gemeente Leiden over het jaar 1905* 1906, IIa: 20. Hierna aan te duiden als: *Verslag gemeente Leiden 1905* etc. Zie de vorige paragraaf voor de gehanteerde onderverdelingen.
[545] De vroegere neurosen en psychosen werden voortaan gezamenlijk ondergebracht onder de noemer 'geestelijke afwijkingen'. Van de termen neurose en psychose werd niet langer gebruik gemaakt en ook de interne classificatie onderging wijzigingen.
[546] *Verslag gemeente Leiden 1905*, IIa: 21-22.
[547] *Verslag gemeente Leiden 1906*, IIa: 20.
[548] Scheffer 1905.

Een prospectus van Rhijngeest uit halverwege de jaren twintig vermeldde dat het sanatorium was bestemd voor 'lijders aan organische en functioneele zenuwziekten', en dat 'krankzinnigen' niet voor opname in aanmerking kwamen.[549] Het sanatorium bevond zich, zo opende de prospectus, op het vanouds bekende landgoed Rhijngeest, gelegen aan de straatweg Haarlem – 's-Gravenhage, op enkele minuten afstand van de tramhalte Oegstgeest. Onvermeld bleef dat het krankzinnigengesticht Endegeest aan de overkant van de straatweg lag. De medische verantwoordelijkheid voor de patiënten berustte niet bij de hoogleraar psychiatrie, maar bij een door de gemeente benoemde geneesheer. Tussen 1903 en 1934 was dat A.H. Oort, de eerste promovendus van Jelgersma, en vervolgens H.W. Borgerhoff Mulder tot aan diens overlijden in 1947.[550]

Zowel Villa Rhijngeest als het hoofdgebouw van het sanatorium waren van alle moderne gemakken, zoals elektriciteit en centrale verwarming, voorzien. Voor eerste-klassepatiënten 'die rust en ontspanning zoeken of een speciale behandeling van hun zenuwlijden behoeven,' zo was in de prospectus te lezen, 'biedt de smaakvol ingerichte Villa en het fraaie landgoed alle gewenschte hulpmiddelen, om de genezing zooveel mogelijk te bevorderen.' De patiënten hadden er elk een eigen zit-slaapkamer en konden gebruik maken van een gezamenlijke eet- en conversatiezaal met een grote serre. Het hoofdgebouw was verdeeld in twee helften: één voor vrouwelijke en één voor mannelijke patiënten tweede klasse A en B. De eet- en recreatiezalen waren gelijkvloers, 'evenals een der kamers voor geneeskundig onderzoek en behandeling met electriciteit, massage, enz.', terwijl de waakzalen en slaapvertrekken zich op de eerste en tweede verdieping bevonden. De geneeskundige behandeling bestond hoofdzakelijk uit: 'regeling der leefwijze en van het dieet, doelmatige verdeeling van rust en lichaamsbeweging, psycho-therapie, toepassing van baden, inwikkelingen, afwrijvingen, electrische behandeling, geneeskundige gymnastiek, rustkuren, enz.' De prospectus maakte melding van negen bedden in de Villa en 91 in het hoofdgebouw.[551]

Kortom, terwijl vakpublicaties en ook de Leidse gemeenteverslagen benadrukten dat er geen scherpe grens viel te trekken tussen krankzinnig en niet-krankzinnig, trachtte de prospectus van Rhijngeest juist een zo groot mogelijke afstand te creëren tussen krankzinnigen en zenuwlijders. Door 'krankzinnigen' uit te sluiten, zou het sanatorium des te aantrekkelijker zijn voor 'zenuwlijders'. Hoe een en ander in de praktijk uitpakte valt ten dele te reconstrueren uit de patiëntendossiers en ten dele uit de Leidse gemeenteverslagen.[552]

---

[549] *'Rhijngeest'. Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest* s.a. [tussen 1924 en 1927].

[550] Rooijmans 1998, 21-24. De eindverantwoordelijkheid voor Rhijngeest berustte bij de geneesheer-directeur van Endegeest.

[551] In 1908 waren er 46 bedden in klasse 2A en 29 bedden, waarvan 20 rijksbedden, in klasse 2B. Rooijmans 1998, 21.

[552] De patiëntendossiers van Rhijngeest worden op twee plaatsen bewaard: van de niet-rijkspatiënten in het Gemeentearchief Leiden en van de rijkspatiënten in een opslagruimte onder beheer van het Leids Universitair Medisch Centrum. De Leidse gemeenteverslagen bevatten tabellen die onder meer inzichtelijk maken hoe in het betreffende verslagjaar de loop van de sanatoriumbevolking per verpleegklasse en sekse was geweest, en hoe de ontslagen patiënten - meestal wederom per verpleegklasse en sekse - waren verdeeld naar kerkgenootschap, burgerlijke staat, leeftijd, beroep, de oorzaken der ziekten, de duur van de ziekte voor de opneming, en de resultaten der verpleging in verband met de aard der ziekte. De gemeenteverslagen lenen zich dan ook bij uitstek als bron voor een longitudinaal overzicht van de sanatoriumbevolking en de geboekte resultaten.

Om een indruk te geven van de verdeling van de uit Rhijngeest ontslagen patiënten, de 'afgevoerden', naar neurosen, psychosen en organische zenuwziekten: voordat in 1908 de twintig rijksbedden werden ingesteld kwam het percentage organische zenuwziekten niet boven de 12,5 procent, daarna zou het tot 1920 schommelen tussen 18 en 31 procent met een gemiddelde van 26 procent. Vanaf 1920, toen de rijksbedden niet meer werden meegeteld, lag het percentage organische zenuwziekten tot en met 1933 tussen 8 en 17 procent, waarna vrij plotseling een stijging intrad met een piek van 46 procent in 1936. Bezien we de onderlinge verhouding tussen de neurosen en de psychosen tot aan 1926, toen een andere indeling van kracht werd, dan blijkt dat de psychosen (met een jaarlijks gemiddelde van 62 afgevoerden) gemiddeld niet meer dan 11 procent achterbleven bij de neurosen (met een jaarlijks gemiddelde van 77 afgevoerden), en zelfs tot tweemaal toe in de meerderheid waren en eenmaal gelijk eindigden. Onder de tot 1926 ontslagen patiënten per jaar schommelde het aantal psychosen tussen de 46 en 85, en het aantal neurosen tussen de 35 en 110. Over het totale aantal afgevoerden gerekend maakten de psychosen tot 1926 gemiddeld 36 procent uit, en de neurosen gemiddeld 44 procent.

Een thema dat niet alleen de artsen, maar ook de betreffende patiënten en hun familie bezighield, was de beoordeling van de (on)geschiktheid van lijders aan psychosen voor opname of voor verdere verpleging in Rhijngeest. Hoe kwam in de praktijk van Rhijngeest de grens tussen 'maatschappelijk al- of niet-krankzinnigen' tot stand? Met andere woorden, hoe pakte het uitsluitingscriterium 'gevaarlijk' en/of 'hinderlijk' gedrag uit? Afgezien van de eerder aangehaalde beschouwingen van Van der Kolk naar aanleiding van de psychosen, maken de gemeenteverslagen over de jaren 1908-1926 melding van het aantal 'wegens psychose' afgewezen verzoeken tot opname.[553] Dat aantal bedroeg gemiddeld 31 per jaar, hetgeen, vergeleken met het aantal in deze jaren wél opgenomen patiënten, gemiddeld 181 per jaar, niet gering was. Toch bleek het passeren van deze barrière allerminst een garantie dat patiënten niet alsnog vanuit Rhijngeest naar een krankzinnigengesticht zouden moeten verhuizen. Voor de jaren 1912-1936 valt uit de gemeenteverslagen op te maken dat dit lot jaarlijks gemiddeld 14 patiënten ten deel viel. Tot 1920, toen de rijkspatiënten nog werden meegeteld, lag dit gemiddelde op 21, daarna zakte het gemiddelde naar 10 per jaar. Het ging daarbij trouwens niet uitsluitend om psychoselijders, maar ook om patiënten met organische zenuwziekten en neurosen, al bleven de laatsten ver achter bij de eerstgenoemde groep. Voor psychoselijders bedroeg de kans dat zij na ontslag uit Rhijngeest in een gesticht terecht kwamen in de jaren 1917 tot en met 1919 27 procent, en in de periode 1920 tot en met 1925 ongeveer 19 procent.

De patiëntendossiers van Rhijngeest bieden nader zicht op wat voorafging aan een eventueel besluit tot overplaatsing naar een krankzinnigengesticht. Met name de formulieren met daarop de aantekeningen van de verantwoordelijke geneesheer over het verloop van de ziekte verschaffen informatie over de houding en het gedrag van de patiënt en de beoordeling daarvan door de arts in termen van gevaar of overlast. Voor zover de arts opmerkingen van de patiënt zelf noteerde gebeurde dat, behoudens een enkel citaat, in samengevatte of geparafraseerde vorm. De angst van patiënten voor het etiket krankzinnig en gestichtsopname kon er evengoed scherp in doorklinken. Een

[553] Een tweede grond voor weigering was plaatsgebrek.

enkele keer zijn ook aan de arts of aan familieleden gerichte briefjes bewaard gebleven waarin patiënten blijk gaven van een dergelijke angst.

Onder de ongeveer 400 voor een nadere analyse geselecteerde patiëntendossiers bevinden zich 36 dossiers van patiënten die vanuit Rhijngeest naar een krankzinnigengesticht gingen. Doorgaans was dat het naburige Endegeest, maar soms betrof het andere gestichten. Ongeveer een derde van deze patiënten moest binnen twee weken na opname uit Rhijngeest vertrekken, de meeste anderen na één tot drie maanden. Het merendeel van de patiënten die al binnen twee weken naar een krankzinnigengesticht werden overgebracht, was in het eerste decennium van Rhijngeests bestaan opgenomen. Dit zou kunnen wijzen op een enigszins voorzichtiger en terughoudender opnamebeleid nadien. Sommige patiënten veroorzaakten al direct dermate veel overlast, zo valt uit hun dossiers op te maken, dat geen andere uitweg openstond dan spoedige overplaatsing naar een gesticht.

Neem het geval van de 37-jarige ongehuwde vrouw zonder beroep die in 1908 in Rhijngeest aankwam en nog dezelfde avond in Endegeest belandde.[554] Op het formulier stond als diagnose vermeld: 'psychose (amentie?)'. Houding en gedrag bij opneming waren 'nerveus en verward'. De anamnese luidde dat de ouders, broers en zusters van de patiënte gezond waren. Zij had zelf lager onderwijs genoten, was winkeljuffrouw geworden, was op 24-jarige leeftijd gevallen en daarna geopereerd wegens kanteling der uterus. Daarna ging het eerst goed, maar enkele maanden geleden had ze weer last gekregen en was ze nogmaals geopereerd en 'weggemaakt'. Vervolgens was ze 'geheel verward, schreef onsamenhangende brieven ... Rusteloos, sliep slecht, at slechts na aandringen, geen neiging tot zelfmoord. Ze is bang dat men haar pakken zal dat zij allerlei kwaad gedaan heeft.' Over de dag dat ze in Rhijngeest aankwam, stond in haar dossier genoteerd:

> Nauwlijks [sic] te bed werd patiente zoo onrustig en ongedurig dat er hulp noodig was om haar op bed te houden. Zij werd hoe langer hoe angstiger, zeide gewurgd te zullen worden, beweerde dat haar vader, die haar hier gebracht had, al onder den grond gestopt was en dat haar moeder dood was. Zij werd hoe langer hoe wilder, sloeg, beet, schreeuwde zoodat zij in een geblindeerd vertrek moest gedragen worden. ½ mg Scopalan maakte haar wel iets kalmer maar verlamde haar niet geheel. Zij bleef ongedurig en angstig rondloopen en gaf aan alles verkeerde namen. Haar familieleden die des middags haar nog bezochten herkende zij wel maar zij uitte ook tegenover hen allerlei waandenkbeelden, bleef illusioneel verward. Nog denzelfden avond per rijtuig naar Endegeest overgebracht. Voor het instappen trachtte zij nog te ontvluchten en noemde het: een moordpartij.

Een 57-jarige gehuwde vrouw zonder beroep met de diagnose mania acuta werd in 1913 vier dagen na haar opname in Rhijngeest krankzinnig verklaard.[555] Haar krankzinnigheid bleek 'uit groote verwardheid, waardoor zij niet weet waar zij zich bevindt en allerlei onzin zegt. Zij komt onophoudelijk uit bed, trekt het gordijn naar beneden, schreeuwt en gilt zonder bekende oorzaak, zoodat haar opname in een gesticht

[554] Opname 1908-01-28.
[555] Opname 1913-03-21.

voor krankzinnigen dringend noodzakelijk is'. De arts die om haar opname in Rhijngeest verzocht, schreef dat hij de patiënte had gecuretteerd en dat ze het lichamelijk goed maakte. Er deden zich nu evenwel 'lichte Psychische stoornissen' voor, 'bestaande uit kwaadspreken van ieder, ietwat druk doen, en zeer druk babbelen, slecht slapen. De familie – die drukke zaken heeft – kan haar niet thuis hebben en daarom is besloten haar een tijdje in een inrichting te doen verplegen.' De arts schreef ook dat de vrouw 25 jaar eerder in een krankzinnigengesticht was verpleegd, maar dat het daarna steeds goed was gegaan, behalve dan dat ze, volgens de familie, steeds in het voorjaar wat druk en lastig was.

> De vraag is nu of U haar wilt opnemen. De eenige bepaalde last, die ze in 't ziekenhuis van haar hebben, is, dat ze af en toe een bui krijgt dat ze per se naar huis wil. Dan moet ik even verschijnen om 't haar uit 't hoofd te praten en dan is 't weer in orde. Gevaarlijk is ze m.i. volstrekt niet.

Lastig bleek ze dus wél te zijn toen ze eenmaal in Rhijngeest was.

Een ongehuwde 22-jarige kleermaker, die anders dan de beide vorige patiënten op een van de rijksbedden werd verpleegd, verhuisde in 1923 twaalf dagen na zijn opname in Rhijngeest naar Endegeest.[556] Het formulier vermeldt als diagnose ‘schizophrenie’. De arts van Rhijngeest noteerde op de laatste dag:

> overgebracht naar Endegeest. Was zeer onrustig – begreep niet waarom de Dr. had gemaakt dat zijn mannelijkheid niet meer stijf kon worden – was zeer ongedurig en sprong tenslotte uit het raam, kon slechts op 't laatste moment gegrepen worden toen hij al buiten het raam hing, terwijl hij met zijn goed bleef haken aan een deel van het hekwerk.

Naar zijn vader en de patiënt zelf bij de opname hadden meegedeeld was hij sinds ongeveer een jaar zwaarmoedig gestemd. Hij was het vorige jaar in Duitsland gaan werken, was daar in slecht gezelschap geraakt, 'maar bleef altijd het goede doen'. Hij had heimwee gekregen en was na zeven maanden teruggekeerd, en sindsdien niet meer de oude geweest. 'Hij was voortdurend jagerig, durfde niet alleen slapen, kwam bij zijn ouders zelfs in bed. Hij werd lusteloos; zijn gedachten dwaalden voortdurend af.' Zelf merkte de patiënt – volgens de arts - op: 'Ik ben in Hamburg krankzinnig geweest: ik wist het vooruit: ik werd dan ineens suffig en 's middags was ik helder; 's avonds in Amsterdam werd ik wild […] Het is zoo jammer, dat ik niet kan werken, maar mijn geest is dood.' Verder noteerde de arts onder meer dat de patiënt zich nooit met meisjes inliet: 'als hij een aardig meisje zag, kwam de gedachte aan zijn ouders op, en dan kwam er niets van. Hij had altijd een ideaal, een rein lichaam te willen hebben […] Is bang, dat zijn genitalia niet in orde zijn.' Op een in het dossier bewaard gebleven briefkaart aan zijn ouders schreef de jongeman dat hij niet meer wist wat hij moest doen en erg bang was dat ze patiënten eerst een poosje hier lieten en dan naar de overkant brachten 'waar een gekkenhuis is': 'als ze mij daar heen willen brengen met een prik er bij dan ben ik nog zoo verstandig dat ik gauw smeert [sic].'

---

[556] Opname 1923-04-17.

Ook andere patiënten lieten blijken dat ze bang waren in een krankzinnigengesticht terecht te komen of daadwerkelijk krankzinnig te worden. Zoals de in 1903 in Rhijngeest opgenomen 34-jarige gehuwde grossier in hoeden en petten, die de diagnose 'melancholie (waarschijnlijk insan. period.)' kreeg en wiens houding en gedrag de arts bij opneming beschreef als 'stil gedeprimeerd'.[557] Beide ouders hadden door verdrinking zelfmoord gepleegd en een zuster van de patiënt was zenuwlijder, maar zijn twee dochters waren gezond. Het formulier vermeldt voorts dat de patiënt lager onderwijs had genoten, naar Engelse les was geweest, in het manufacturenvak ging, niet gemakkelijk leerde en wat stil en eenzelvig was. Hij bezat een grote zaak en had zeer hard gewerkt, maar de laatste tijd gingen de zaken minder goed, hetgeen hij zich zeer had aangetrokken. Hij werd stil, eenzelvig, had geen levensvreugde, sliep slecht, had een geringe eetlust, voelde zich vermoeid, kon moeilijk denken, maar had geen hoofdpijn. Over zijn psychische toestand na opname in Rhijngeest staat het volgende opgetekend.

> Stil spreekt zelden en met zwakken stem. Klaagt niet maar ligt starend met gedeprimeerd gezicht. Slaapt weinig en eet weinig. Geeft aan dat alles zijn eigen schuld is. Hij heeft gezondigd, heeft extra matrimoniaal geslachtelijk verkeer gehad ook na zijn huwlijk en voor zijn huwlijk een druiper gehad. Hij heeft niets geen hoop op de toekomst en vreest dat hij naar een krankzinnigengesticht zal gebracht worden. Hij heeft anders geen waanideeën en is volkomen georiënteerd maar is, zooals hij trouwens steeds was, zwaartillend: zijn zaak zal nu wel failliet gaan, zijn vrouw en kinderen zal hij niet weerzien…

In dit geval viel het mee: na een kleine vier maanden kon deze patiënt hersteld en wel uit Rhijngeest vertrekken.

Voor zover dat uit de patiëntendossiers valt op te maken vormden onrustig, verward en veel overlast gevend gedrag, en soms ook een poging tot zelfmoord, de reden om iemand krankzinnig te verklaren en over te brengen naar een krankzinnigengesticht. Dat gold zowel voor korter als langer in Rhijngeest verblijvende patiënten. Vermoedelijk vrij uitzonderlijk was de opstelling van de echtgenoot van een 45-jarige patiënte die in 1913 in Rhijngeest met de diagnose manisch-depressieve psychose werd opgenomen nadat zij al diverse malen in het Christelijk Sanatorium te Zeist en vervolgens in de Utrechtse psychiatrisch-neurologische kliniek was verpleegd.[558] Als burgemeester kende hij de formaliteiten en had hij al direct na de opname van zijn vrouw op voorhand voor haar een grotendeels ingevulde, nog ongedateerde krankzinnigverklaring doen toekomen aan de behandelend geneesheer in Rhijngeest, Oort. De burgemeester liet Oort weten dat hij inmiddels doende was over een tweetal krankzinnigengestichten informatie in te winnen. Het liep echter anders: na vier maanden kon de echtgenote van de burgemeester hersteld uit Rhijngeest vertrekken.

Behalve dat een opname in Rhijngeest allerminst een waarborg inhield dat patiënten niet alsnog in een krankzinnigengesticht terecht zouden komen, is nog iets anders duidelijk geworden. Niet alleen waren tal van patiënten, evenals de burgemeestersvrouw, reeds elders - in sanatoria, kuuroorden, (universiteits)klinieken of in particuliere praktijken van zenuwartsen - in behandeling geweest voordat ze in

[557] Opname 1903-11-28.
[558] Opname 1913-10-27.

Rhijngeest belandden, maar ook waren sommige patiënten al eens in een krankzinnigengesticht opgenomen, zoals de eerder vermelde 57-jarige vrouw die vier dagen na haar opname in Rhijngeest nogmaals krankzinnig werd verklaard.[559] Terwijl het voor deze vrouw wederom op een krankzinnigverklaring uitliep, waren er ook patiënten voor wie het bij de eerdere opname in een gesticht lijkt te zijn gebleven, die er althans niet vanuit Rhijngeest nogmaals in terecht kwamen. Dit betrof klassepatiënten én 'rijkspatiënten' van beiderlei sekse. Voor sommigen lag het verblijf in een krankzinnigengesticht vele jaren terug, voor anderen volgde de opname in Rhijngeest min of meer direct na ontslag uit het gesticht. Zo kon de 58-jarige gehuwde voormalig leraar Frans, die in 1924 na een kort verblijf in Endegeest in Rhijngeest op de klasseafdeling terechtkwam met de diagnose psychopathie, het sanatorium na twee weken als 'veel verbeterd' verlaten.[560] Op zijn formulier staat bij de eerste dag genoteerd:

> Komt hier rustig uit Endegeest binnen, schrijft dadelijk een briefje aan den heer [...], waarbij hij het hervatten van zijn lessen op 17 Maart aankondigt. 'Ik ben eergisteren (hij is net een uur in het sanat.) na een verblijf van 10 dagen ontslagen, als hebbende niet de minste storing, afwijking of zenuw-overspanning getoond en dit wel met algemeene stemmen der doktoren op voorstel van den Directeur-Geneesheer. Enz.'.

In het dossier ligt ook een briefje van de patiënt - mede ondertekend door diens echtgenote - aan de directie van het sanatorium Rhijngeest waarin hij zijn vertrek over vijf dagen aankondigt.

> Met het oog op mijn finantieelen toestand en de lust en behoefte aan het werk te gaan, teneinde mijn brood te verdienen, deel ik U mede Zondag 9 Maart a.s. na het diner te vertrekken. Mijn voornemen is, na het pakken mijner koffers, naar Brussel te vertrekken, zooals ik met mijn vrouw overeengekomen ben. Ik gevoel behoefte dank te zeggen voor de uitmuntende zorgen, ondervonden zoowel in Endegeest als alhier.

Met andere patiënten in deze categorie lijkt meer aan de hand te zijn geweest: ze verbleven doorgaans langer in Rhijngeest en niet allen verlieten het sanatorium in herstelde of verbeterde toestand. Zo werd een 28-jarige ongehuwde verpleegster die al tweemaal in Endegeest opgenomen was geweest in 1923 in Rhijngeest als 'rijkspatiënte' met de diagnose 'hysterie bij debilitas' opgenomen en na zes weken als onveranderd ontslagen en overgebracht naar een oudeliedenhuis in Leiden.[561] Een 59-jarige gehuwde patiënte in de eerste klasse met als diagnose 'recidiveerende verwardheidstoestanden bij degeneratio cordis' kwam in 1926, na opnamen in het gesticht in Den Dolder en de Amsterdamse Valeriuskliniek, naar Rhijngeest.[562] Daar zou zij ruim twee jaar, tot aan haar overlijden, blijven. Behalve de eerste-klas verpleging kon haar echtgenoot het zich veroorloven een particulier verpleegster voor zijn vrouw in te huren toen zij korte tijd

[559] Opname 1913-03-21.
[560] Opname 1924-02-27.
[561] Opname 1923-08-20 Rijk.
[562] Opname 1926-03-06 I.

zeer onrustig was. Bovendien trok hij voor zijn vrouw in een later stadium een gezelschapsdame aan voor enkele uren per dag.

Bovenstaande voorbeelden illustreren wanneer voor Rhijngeest de grens was bereikt, hoe het uitsluitingscriterium van 'gevaarlijk' en/of 'hinderlijk' gedrag in de praktijk uitpakte en het besluit viel tot overbrenging naar een krankzinnigengesticht. Ze werpen niet alleen licht op de dilemma's van artsen en verpleging, maar ook op de angst van patiënten voor (het etiket van) krankzinnigheid en het gesticht alsook de uiteenlopende opstelling van familieleden. Enerzijds waren (voormalige) patiënten uit krankzinnigengestichten niet per se onwelkom in Rhijngeest, anderzijds werd van eenmaal opgenomen patiënten niet alles getolereerd. De te verwachten of de feitelijke overlast gaf daarbij de doorslag.

Het hierboven behandelde thema van uitsluiting en wat dit voor patiënten betekende, is slechts een van de vele thema's die zich met behulp van patiëntendossiers voor uitdieping lenen. Daartoe behoren, om enkele voorbeelden te noemen, de ontwikkeling van arts-patiënt relaties in de loop der tijd, de mogelijke sekse- en klassengebondenheid van deze relaties, de invloed van de psychoanalyse, of de prevalentie van bepaalde ziektebeelden of diagnoses door de tijd heen. De patiëntendossiers bieden daarnaast zicht op de levensgeschiedenissen van de patiënten, de therapeutische trajecten die zij hadden doorlopen, de keuze voor Rhijngeest, en de behandeling en het dagelijks leven in Rhijngeest. Dat geldt ook voor de opstelling en rol van hun familieleden.[563] Vooral als patiënten in brieven of dagboekachtige fragmenten zelf aan het woord komen dan wel door de arts of de verpleging worden geciteerd, is een indruk te krijgen van wat patiënten zelf voelden, dachten en doormaakten. Gevoegd bij brieven van familieleden aan de patiënt of de arts, en ook mondeling door familie aan de arts verstrekte informatie, zoals genoteerd op het patiëntenformulier, is tot op zekere hoogte na te gaan hoe de onderlinge verhoudingen lagen en waar of waarom het mis ging. Voor sommige patiënten was Rhijngeest een beproeving, voor anderen een comfortabel rustoord en voor de meesten waarschijnlijk iets daar tussen in met in het gunstigste geval de belofte van herstel of verbetering.

1.6.3. *Particuliere praktijken en psychotherapie*

Zenuwlijders waren niet alleen aangewezen op intramurale voorzieningen als ze hun kwaal wilden laten behandelen. In de laatste decennia van de negentiende eeuw konden ze ook terecht bij een aantal in zenuw- en zielsziekten gespecialiseeerde artsen die zelfstandig een praktijk voerden. Nadat hij in 1869 ontslag had genomen als geneesheer-directeur van het St. Jorisgasthuis in Delft begon Ramaer een particuliere praktijk voor geestes- en zenuwzieken, waarschijnlijk een van de eersten in zijn soort op dit terrein.[564] Zoals we eerder hebben gezien vormden de vrijgevestigde zenuwartsen na de universitaire psychiaters en neurologen de snelst groeiende categorie binnen het specialisme. Sommige gestichtsartsen hielden er als nevenactiviteit een particuliere praktijk op na.

Met name beter gesitueerde patiënten hadden de mogelijkheid om op eigen initiatief een zenuwarts te consulteren. Het contrast tussen de grotendeels met publieke

[563] Zie ook Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding; Suzuki 2003b; Suzuki 2005; Guarnieri 2005.
[564] Vijselaar 1995a, 13-14.

middelen gefinancierde krankzinnigenzorg en dergelijke particuliere praktijken was groot. De gestichten werden grotendeels bevolkt door minvermogende en gedragsgestoorde patiënten die met een rechterlijke machtiging en op kosten van de armenzorg waren opgenomen omdat ze zorg behoefden, hun omgeving overlast bezorgden en/of een gevaar opleverden voor zichzelf of anderen. Hier namen allerlei administratieve en organisatorische beslommeringen de artsen in beslag en beperkte hun medisch handelen zich vaak tot diagnostiek en classificatie. In de particuliere praktijk ging het om aanspreekbare patiënten die de samenleving geen overlast bezorgden, die het zich konden veroorloven om de aandacht van de arts voor hun individuele lijden te kopen, die hiertoe zelf het initiatief namen en die van de geneesheer verwachtten dat hij hun klachten zou verlichten. Het waren echter niet uitsluitend bemiddelde patiënten die een beroep op vrijgevestigde zenuwartsen deden. Sommige artsen hielden ook spreekuur aan huis voor ziekenfondspatiënten en een aantal poliklinieken was zelfs specifiek gericht op deze groep en andere on- en minvermogenden gericht. De geneeskundige behandeling voor deze groep was in het algemeen waarschijnlijk beperkt, aangezien de artsen geen vergoeding per consult, maar per patiënt kregen en de hoogte ervan uitgebreide behandelingen niet bevorderde.[565]

In particuliere praktijken kwamen op basis van een min of meer persoonlijke vertrouwensrelatie tussen dokter en patiënt de eerste vormen van wat later psychotherapie ging heten tot ontwikkeling. Vooral toen het accent in de neurose- en in het bijzonder de neurastheniediagnosen rond de eeuwwisseling van de zenuwen naar de psyche verschoof, beproefden artsen nieuwe, niet-somatische behandelingsvormen. Het ging aanvankelijk vooral om een opvoedkundige benadering waarin van de arts een sterke persoonlijke, morele invloed op de patiënt uitging; voor zover hierbij sprake was van het bevorderen van het zelfinzicht bij de patiënt, stond dat in dienst van de versterking van wilskracht en zelfbeheersing.[566] De artsen Van Renterghem en Van Eeden waren pioniers op dit gebied. Beiden waren geïnspireerd door de Franse artsen A.-A. Liébeault en H. Bernheim, die hypnose en suggestie als geneeswijze hadden ontwikkeld. Nadat Van Renterghem en Van Eeden hen hadden bezocht en zich deze behandelmethoden eigen hadden gemaakt, richtten zij in 1887 te Amsterdam het Instituut Liébeault voor psychotherapie op ter behandeling van reumatische en zenuwkwalen.[567]

De uit Goes afkomstige huisarts Van Renterghem en de jonge arts en schrijver Van Eeden waren exponenten van het vrije ondernemerschap in de medische wereld. Door zich te profileren als genezers met een nieuwe therapeutische methode slaagden zij erin hun maatschappelijk aanzien te verhogen. Van Eedens belangstelling voor hypnose was vooral ingegeven door zijn tijdens zijn studie geneeskunde ontstane weerzin tegen de natuurwetenschappelijke optiek, waarin de menselijke geest geen eigen plaats leek te hebben. Zijn betrokkenheid bij de eerste psychotherapeutische praktijk was niet in de eerste plaats praktisch gemotiveerd om patiënten te behandelen, maar kwam eerder voort uit de romantische fascinatie voor het gevoels- en droomleven, de intuïtie en het onbewuste en zijn belangstelling voor het spiritisme.[568]

---

[565] Van Drunen 2004, 20; vergelijk Niemandsland 1948, 165-173.
[566] De Waal 1992, hoofdstukken 1 en 2.
[567] Schwencke 1980.
[568] Bulhof 1983, 58, 62; Fontijn 1990, 237.

Uit hun lidmaatschap van de NVP (1889) is op te maken dat Van Renterghem en Van Eeden, die zich door middel van zelfstudie vertrouwd hadden gemaakt met de psychiatrie en neurologie, zichzelf als specialisten op dit terrein beschouwden. Sommige collega's, zoals Van Deventer en A. Aletrino, bezochten hun praktijk om lering op te doen.[569] Als medisch specialisten namen Van Renterghem en Van Eeden stelling tegen de toepassing van suggestie en hypnose door leken. In 1890 hield Van Renterghem een voordracht over hypnose voor de NVP, waarin hij benadrukte dat alleen medisch bevoegde deskundigen deze op verantwoorde wijze konden toepassen. Het NVP-gehoor stemde daarmee in en stelde eveneens vast dat de psychotherapie een noodzakelijk onderdeel van de geneeskunde uitmaakte.[570] De nadruk op een deskundige toepassing van hypnose hield verband met het wantrouwen van veel artsen ten aanzien van rondreizende hypnotiseurs die met hun sensationele publieke optredens veel aandacht trokken. De Amsterdamse privaatdocent in de neurologie A. de Jong, die zich in Den Haag als hypnotiseur vestigde, had zich door een van hen, Donato genaamd, laten inspireren, maar artsen als Van Renterghem en Van Eeden wilden zich verre houden van de populaire hypnosepraktijken. Ook Van Eeden hield een lezing voor de NVP. In 1889 besprak hij de mogelijkheden om dwangneurosen met hypnose en suggestie te behandelen. De voordracht verscheen in 1890 in de *Psychiatrische Bladen* en om deze behandeling nog bredere bekendheid in de medische wereld te geven publiceerde hij in hetzelfde jaar een overzichtsartikel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.[571]

In het begin bezochten vooral minvermogende patiënten met somatische aandoeningen de praktijk van Van Renterghem en Van Eeden, maar al gauw kwamen er meer hulpvragers uit de burgerij die met psychosomatische, neurotische en geestelijke stoornissen kampten; enkelen van hen nam Van Renterghem in zijn woonhuis op.[572] De therapie volgens de methode-Liébeault die Van Eeden en hij aanvankelijk aanwendden ter behandeling van de eerste groep, was gericht op suggestie en overreding, maar deze behandelwijze bleek minder geschikt voor beter gesitueerde en welbespraakte patiënten.[573] Om deze clientèle tegemoet te komen, pasten Van Renterghem en Van Eeden hun behandelwijze aan: het zwaartepunt verschoof van het gezag en het overwicht van de arts en de groepsbehandeling (waarbij soms toeschouwers aanwezig waren) naar de aandacht voor de uitingen van de patiënt en diens individuele therapie in de beslotenheid van de spreekkamer. Van Eeden wees daarbij op de heilzame werking van het uiten van het gemoed.

Op een internationaal congres over hypnose in 1889 meldde Van Renterghem dat van de meer dan 400 patiënten die hij en Van Eeden in de twee daaraan voorafgaande jaren hadden behandeld, driekwart was genezen of min of meer verbeterd en een-vijfde geen baat bij hun therapie had gehad. In hun jaarverslag over de periode 1889-1893, waarin zij ruim 1.000 patiënten hadden behandeld, vermeldden zij vergelijkbare cijfers.[574] In 1898 publiceerde Van Renterghem in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* een kwantitatief overzicht van zijn praktijk gedurende de jaren 1893-1897. Het

---

[569] Fontijn 1990, 230-243; Van Eeden 1889.
[570] Slijkhuis 2005.
[571] Fontijn 1990, 230-243.
[572] Gijswijt-Hofstra 2001b, 290.
[573] Bulhof 1983, 74; Brinkgreve 1984, 49.
[574] Fontijn 1990, 239-243.

ging om bijna 1.600 patiënten, onder wie vrouwen een kleine meerderheid vormden. De meeste patiënten werden behandeld voor 'zenuwziekten' en daarvan vormden volgens Van Renterghems classificatie achtereenvolgens de 'Groote Neurosen en Hysterische Aandoeningen', de 'Neuropathische ziekten', 'Neuralgien, Onbestemde pijnen, Krampen' en 'Geestesstoornissen' de grootste groepen. Van Renterghem meldde dat bijna eenderde van zijn patiënten genezen was, terwijl er bij meer dan 40 procent sprake was van een zekere verbetering, de behandeling bij iets meer dan 17 procent van de patiënten geen enkel effect had en van ruim 10 procent het resultaat niet bekend was.[575]

Terwijl Van Eeden zich in 1893 had teruggetrokken uit het instituut om zich te wijden aan zijn literaire en sociaal-politieke activiteiten, ontwikkelde Van Renterghem zich tot een vooraanstaand psychotherapeut, die, geïnspireerd door S. Freud en C.G. Jung, als een van de eersten in Nederland de psychoanalyse toepaste. Hij zag deze als een verdere ontwikkeling van de door hem beoefende suggestietherapie en tezamen met psychoanalytisch georiënteerde compagnons (A. van der Chijs, A.J. Westerman Holstijn en J.M. Rombouts) zette hij zijn praktijk tot het eind van de jaren twintig voort.[576]

Hoewel er blijkbaar een markt was voor hypnotische en psychotherapeutische behandelingen, kreeg de als zodanig gespecialiseerde en geafficheerde praktijk van Van Renterghem en Van Eeden vooralsnog weinig navolging onder artsen, hoewel sommigen deze wel toepasten op hun particuliere patiënten. Zelfs Winkler, die zich als geen ander als neuroloog en hersenanatoom profileerde, hield zich in zijn particuliere praktijk ook bezig met 'slaapdokteren' en naar eigen zeggen niet zonder succes: 'Een paar zeer gelukkige gevallen brachten mij een toevloed van patienten, welke ik eigenlijk met het oog op mijn wetenschappelijke werk niet wenschte …'[577] Slechts enkelen - Bierens de Haan en de psychoanalytici J.H.W. van Ophuijsen, J.E.G. van Emden en A. Stärcke - afficheerden zich expliciet als psychotherapeut op de ledenlijst van de NVPN of in het *Geneeskundig Jaarboekje*.[578] Rond de Eerste Wereldoorlog verloor de hypnose- en suggestietherapie onder zenuwartsen terrein aan de psychoanalyse.[579] Deze twee behandelvormen stonden inmiddels op gespannen voet met elkaar: ten einde de wetenschappelijkheid en de eigenheid van zijn methode te onderstrepen, distantieerden Freud en zijn volgelingen zich van alles wat herinnerde aan de suggestieve beïnvloeding in oudere psychotherapeutische behandelvormen en ontdeden zij hun behandelpraktijk van alle externe invloeden die patiënten zouden kunnen afleiden van hun innerlijke roerselen.[580]

In Nederland kon de psychoanalyse vrij vroeg op welwillende belangstelling van zenuwartsen rekenen.[581] De resolute afwijzing van Freuds theorie door de hoogleraren

---

[575] Van Renterghem 1898, 537.

[576] Bulhof 1983, 109. De associatie met Van der Chijs duurde tot 1924. Die begon daarop samen met Westerman Holstijn een praktijk. In 1926, toen J.M. Rombouts aantrad als compagnon van Van Renterghem, had de praktijk een psychoanalytisch stempel gekregen. Het is onduidelijk tot wanneer precies Van Renterghems praktijk bleef bestaan. Zie Schwencke 1980.

[577] Winkler-Junius 1947, 64-65.

[578] Van Drunen 2004, 18; Slijkhuis 2005.

[579] Over hypnose in Nederland in de jaren 1920-1970 zie Viëtor 1992.

[580] Gomperts 2002; De Swaan 1977.

[581] Terugblikkend op het begin van hun beweging benadrukten psychoanalytici zelf later de grote weerstanden die Freuds ideeën zouden hebben opgeroepen. Niet alleen versterkte de

Winkler en K. Heilbronner - 'zwijnerij', zo luidde Heilbronners kwalificatie - was niet representatief voor de receptie ervan door psychiaters en neurologen.[582] Velen van hen hoorden van Freuds ideeëngoed op het door de NVPN georganiseerde Internationaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie en Krankzinnigenverpleging, dat in 1907 te Amsterdam plaatsvond en waarop diens werk, tijdens een discussie over de verklaring van hysterie onder leiding van de Franse psychiater P. Janet, kritische aandacht kreeg. Freud was zelf niet aanwezig op het congres - een jaar later bezocht hij Nederland voor het eerst - maar Jung gaf wel *acte de présence*. In de jaren daarvoor hadden de gebroeders A. en J. Stärcke, Van Renterghem en Bouman, geneesheer-directeur van Bloemendaal en vanaf 1907 hoogleraar aan de Vrije Universiteit, met instemming kennis van genomen van de psychoanalyse. Voor artsen die om verschillende redenen een alternatief zochten voor de gangbare medisch-somatische oriëntatie van de psychiatrie, was de nieuwe theorie veelbelovend. Met zijn inzichten in het gevoelsleven en de persoonlijkheidsontwikkeling van mensen leek Freud te bewijzen dat een psychologische benadering van geestesstoornissen zinvol kon zijn.[583]

Nadat de NVPN in 1912 een speciale bijeenkomst aan de psychoanalyse had gewijd, waarop A. Stärcke en Bouman inleidingen verzorgden, kreeg deze veelvuldig aandacht in de medische en psychiatrische vakbladen.[584] Zo vond in 1917 naar aanleiding van een artikel van J.H van der Hoop in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een uitvoerige discussie over de psychoanalyse plaats, waarin de deelnemers, ondanks de bezwaren tegen bepaalde aspecten van Freuds theorie, zoals de nadruk op seksualiteit, zich er in positieve zin over uitlieten. Al eerder, in 1913, was van de hand van Van Renterghem, de eerste Nederlandse inleiding in de Freudiaanse leer verschenen: *Freud en zijn School: Nieuwe Banen der Psychologie*.[585] Naast Van Renterghem was een aantal jongere, voor het merendeel vrijgevestigde zenuwartsen zo onder de indruk van Freuds werk dat zij zich met hart en ziel voor de verbreiding van de psychoanalyse inzetten: Van

---

veronderstelling van een afwijzende buitenwereld de saamhorigheid en strijdvaardigheid en kreeg de vestigingsstrijd hierdoor een heroïsch karakter, zij paste ook in de psychoanalytische theorie. Vanwege het ontluisterende en verontrustende karakter van Freuds gedachtegoed, dat fundamentele zekerheden van de mens omtrent zichzelf aan het wankelen bracht, zou de weerstand ertegen voor de hand liggen en was deze psychologisch te verklaren. De vermeende sterke afweer bevestigde voor psychoanalytici het gelijk van Freud met betrekking tot de psychologische structuur van de mens. Zie Stroeken 1997; vergelijk Bulhof 1983, 226; Brinkgreve 1984, 41, 73.

[582] Van Valkenburg 1912, 669. In *Het stelsel van professor Sigmund Freud*, dat in 1917 - het jaar van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse - verscheen, betoogde Winkler dat de psychoanalyse niet wetenschappelijk was, de medisch-biologische grondslag van de psychiatrie ondermijnde, in therapeutisch opzicht niets had opgeleverd en zedelijke normvervaging in de hand werkte. Zie Stroeken 1997, 26. Tegenover collega's en in zijn *Herinneringen* uitte hij zich evenwel genuanceerder; zo sprak hij waardering uit voor 'Freud's geloof in de causaliteit van alle psychisch gebeuren' en 'het vernuft waarmede het psychologisch stelsel was uitgewerkt'. Winkler-Junius 1947, 146-147.

[583] Brinkgreve 1984, 70.

[584] Van Valkenburg 1912.

[585] Van Renterghem introduceerde ook het in het Nederlands vertaalde seksuologisch werk van A. Forel (*Het sexueele vraagstuk*, 1907) en H. Havelock Ellis (*De psychologie der sexen*, 1915). Noordman 1989, 152-153.

der Hoop, Van der Chijs, J.E.G. van Emden, Van Ophuijsen, A.F. Meyer en de gebroeders Stärcke. Tezamen met Van Renterghem vormden zij de kern van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse (NVPA), die in 1917 werd opgericht als afdeling van de Internationale Psychoanalytische Vereeniging. Van Renterghem werd de eerste voorzitter. Naast de hoogleraren Jelgersma en L. Bouman sloten ook K.H. Bouman, sinds 1916 hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit en L. van der Horst en H.C. Rümke, die later hoogleraar zouden worden aan respectievelijk de Vrije Universiteit en de Universiteit van Utrecht, zich bij de vereniging aan. De vereniging organiseerde in 1920 het zesde internationale psychoanalytische congres in Den Haag. Een jaar later kreeg Freud officieel erkenning van de gevestigde psychiatrie in Nederland: na enige discussie werd hij met 49 stemmen voor en 22 tegen tot erelid benoemd van de NVPN.[586] Overigens lieten nogal wat vooraanstaande Nederlandse psychoanalytici zich ook sterk door Jung beïnvloeden: Van Renterghem, Van der Hoop, Van Ophuijsen en Van der Chijs ondergingen een leeranalyse door Jung.

[586] Feestvergadering Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1922.

1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie

1.7.1. *De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie*

In de rede die Ramaer in 1871 uitsprak bij de oprichting van de NVP drong hij erop aan dat de psychiatrie aansluiting zocht bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde. Daartoe moest het vak onderdeel worden van het medisch curriculum op de universiteit. Het streven naar onderwijs in de psychiatrie en neurologie aan de medische faculteiten diende niet alleen om toekomstige gestichtsartsen beter op hun taak voor te bereiden en hun deskundigheid te bevorderen. Het was ook van groot belang om een op (natuur)wetenschappelijk onderzoek gebaseerd specialisme te realiseren en het isolement waarin gestichtsgeneesheren zowel maatschappelijk als ten opzichte van de geneeskunde verkeerden, te doorbreken. Tot het eind van de negentiende eeuw was het universitaire onderwijs in het vak, voor zover het al bestond, grotendeels afhankelijk van de speciale belangstelling en ervaring van hoogleraren in de geneeskunde. In Utrecht schonk Schroeder van der Kolk, van 1826 tot 1862 hoogleraar fysiologie en pathologische anatomie, in zijn colleges aandacht aan krankzinnigheid. Tussen 1867 en 1879 was de geneesheer-directeur van het Willem Arntsz Huis, Van der Lith, buitengewoon hoogleraar in de psychiatrie aan de Universiteit van Utrecht. In Amsterdam verzorgde Voorhelm Schneevoogt, geneesheer van het Buitengasthuis, tussen 1851 en 1862 als buitengewoon hoogleraar en tussen 1868 en 1871 als lector, onderwijs in de psychiatrie en neuropathologie aan het Atheneum Illustre (vanaf 1876 Gemeente Universiteit). Van 1878 tot 1881 was De Jong als privaatdocent op dit terrein werkzaam aan de Amsterdamse universiteit en van 1883 tot 1893 vervulde C.G. Delprat een privaatdocentschap in de neurologie. Tussen 1881 en 1885 werd aan de Nederlandse universiteiten geen onderwijs in de psychiatrie aangeboden.[587]

In de jaren zeventig en tachtig ondernam de NVP voortdurend pogingen om een vaste plaats voor de psychiatrie aan de universiteit te verkrijgen. Binnen de vereniging liepen de opvattingen over de organisatie en invulling van het onderwijs in de psychiatrie echter uiteen. Sommigen vonden dat het op alle universiteiten een verplicht onderdeel van de studie geneeskunde moest worden zodat toekomstige artsen enige psychiatrische kennis verwierven en konden beoordelen of iemand wel of niet in een gesticht moest worden opgenomen. Een commissie van de NVP wendde zich in de jaren 1875-1876, toen de hervorming van het hoger onderwijs op de politieke agenda stond, tot het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de Tweede Kamer en de gemeenteraad van Amsterdam met het verzoek om psychiatrisch onderwijs voor alle studenten geneeskunde aan alle vier Nederlandse universiteiten (Leiden, Utrecht, Groningen en Amsterdam) mogelijk te maken. Anderen gaven de voorkeur aan een specialistische opleiding aan één van de universiteiten uitsluitend voor toekomstige artsen die een werkplek in de krankzinnigenzorg ambieerden. Bij de behandeling van de Wet op het Hoger Onderwijs (1876), die een universitaire opleiding voor artsen voorschreef, stelde de regering leerstoelen in het vooruitzicht voor medische specialismen, waaronder één voor psychiatrie, maar dit bleef vooralsnog een loze belofte. De Minister van Binnenlandse Zaken besloot in 1880 dat de aanstelling van een lector voldeed.[588]

---

[587] Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; Rooijmans 1998, 6; De Waardt 2005, 49-68, 279.

[588] Van der Esch 1975-1980, III: 89; De Waardt 2005, 68; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3. Volgens de Wet uitoefening geneeskunst (1865) was de aanduiding arts voorbehouden aan geneeskundigen die een

In 1885 werd Winkler in Utrecht lector in de psychiatrie en verkreeg Van Deventer een privaatdocentschap in Amsterdam.[589] Winkler, die in tegenstelling tot Van Deventer geen ervaring had met de krankzinnigenzorg en zich hiervoor ook nauwelijks interesseerde, zou de benoeming naar eigen zeggen pas aanvaard hebben nadat hij de verzekering had gekregen dat hij de psychiatrie op basis van de neurologie kon bedrijven. 'Wel gaf ik te kennen', schreef hij in zijn memoires,

> dat de neurologie mij bijzonder aantrok en dat ik ook graag zenuwpatiënten behandelde, maar dat ik er niets voor voelde, terwille van de psychiatrie, een ernstige studie te moeten maken van philosophie en psychologie […] Kortom, ik zeide medicus te willen blijven en niet een vak te willen, dat mij zoover van de geneeskunde zou verwijderen als destijds scheen het geval te zijn met de psychiatrie van die dagen.[590]

Winklers memoires zijn niet altijd even geloofwaardig - hij verzweeg dat hij niet de enige en eerste kandidaat voor het lectoraat was en dat anderen ervan hadden afgezien - maar wel was het zo dat Winkler zich sterk zou maken voor een overwegend neurologische invulling van het vak. Hij was in de eerste plaats neuroloog en hield zich in zijn onderzoek voornamelijk bezig met hersenanatomie.[591]

Tezamen met de vooraanstaande Utrechtse hoogleraar in de fysiologie F.C. Donders alsmede Jelgersma, die evenals Winkler in 1885 lid was geworden van de NVP, zette Winkler zich in voor de institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs aan de universiteiten. Mede om strategische redenen benadrukten zij het belang van een natuurwetenschappelijke psychiatrie en een nauwe band met de neurologie; tezamen zouden deze medische vakgebieden sterker staan en aansluiting kunnen vinden bij de interne geneeskunde.[592] Zij leverden eind jaren tachtig de eerste blauwdrukken voor de inrichting van het onderwijs en de exameneisen en ze ijverden voor de inrichting van psychiatrische klinieken en laboratoria voor onderricht en onderzoek. Nadat Winkler tevergeefs steun had trachten te verwerven van de NMG, waarin vrees bestond voor overbelasting van het medisch curriculum en waarschijnlijk ook sprake was van enig dedain voor de psychiatrie, stelde hij samen met Jelgersma en Tellegen namens de NVP een rapport op, dat in 1891 werd aangeboden aan de minister van Binnenlandse Zaken. Daarin pleitten zij voor psychiatrie als verplicht onderdeel van de geneeskunde en de instelling van leerstoelen.[593]

Tussen 1893 en 1907 - drie decennia later dan in Duitsland en een tiental jaren later dan in Frankrijk, maar beduidend eerder dan in het Verenigd Koninkrijk - kreeg de psychiatrie met de instelling van leerstoelen aan alle vijf bestaande universiteiten

---

bepaalde opleiding hadden genoten en met goed gevolg een staatsexamen (vanaf 1921 universitair examen) hadden afgelegd. Deze wet stelde de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst strafbaar, een verbod dat in de praktijk vaak werd overtreden. Zie Bijl 2000; vergelijk De Blécourt en Van Vegchel 1993 en De Blécourt 1999.

[589] Van der Esch 1975-1989, III: 89; De Waardt 2005, 279.

[590] Winkler-Junius 1947, 37.

[591] De Waardt 2005, 68-70, 77-86.

[592] Winkler-Junius 1947, 68; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

[593] Bruyn en Koehler 2002, 16; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

structureel een academische status.[594] Binnen de medische faculteiten was het onderwijs in de psychiatrie vooralsnog facultatief en nam het een ondergeschikte plaats in het curriculum in. Het duurde tot 1921 voordat een nieuw Academisch Statuut onderwijs in de psychopathologie voorschreef als verplicht onderdeel van de studie geneeskunde en het artsexamen, en de psychiatrie op gelijke voet stelde met andere specialismen als de interne geneeskunde en de heel- en verloskunde.[595] De moeizame vestiging van de psychiatrie aan de universiteiten was overigens niet uitzonderlijk: ook andere medische specialismen stuitten op terughoudendheid van het rijk en de universiteitsbesturen. Pas in de jaren negentig kwam daarin verandering omdat er vanwege de opleving van de economie en hogere belastingopbrengsten de nodige financiële middelen beschikbaar kwamen en kabinetten van sociaal-liberale signatuur een actiever beleid voerden om de wetenschapsbeoefening te bevorderen. De universitaire geneeskunde kon ook profiteren van de bloei en het groeiende aanzien van de natuurwetenschappen in Nederland rond de eeuwwisseling.[596]

De eerste hoogleraar in de psychiatrie en neurologie was Winkler, die in 1893 aan de Universiteit van Utrecht en drie jaar later aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam werd benoemd. Jelgersma, die zijn academische carrière in 1894 was begonnen als privaatdocent in de criminele antropologie en de gerechtelijke psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en die in 1896 een eredoctoraat aan de Universiteit van Utrecht verwierf, bezette de derde leerstoel voor psychiatrie en neurologie, die in 1899 aan de Leidse universiteit tot stand kwam. In Groningen werd E.D. Wiersma, sinds 1897 privaatdocent, in 1903 tot hoogleraar in de psychiatrie en vanaf 1912 ook in de neurologie benoemd. Verder kreeg de in 1880 opgerichte Vrije Universiteit een leerstoel in de theoretische biologie, psychiatrie en neurologie, hoewel deze instelling nog niet over een wettelijk erkende medische faculteit beschikte en geen volledige medische opleiding kon bieden - deze kwam pas in 1951 tot stand.[597] Dat deze leerstoel het begin vormde van de lange weg naar een volwaardige medische faculteit hing samen met de behoefte aan gereformeerde en tevens wetenschappelijk onderlegde psychiaters in de gestichten van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Het professoraat, dat in 1907 toeviel aan L. Bouman, voormalig geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium te Zeist en het gesticht Bloemendaal te Loosduinen, was ingesteld op basis van een overeenkomst tussen de Vrije Universiteit en de vereniging. De eerste stelde een hoogleraar aan en de laatste nam de bouw en exploitatie van een psychiatrisch-neurologische kliniek op zich. Een zesde leerstoel psychiatrie en neurologie kwam in 1945, aan de in 1923 opgerichte Katholieke Universiteit Nijmegen, tot stand; J. Prick was hier de eerste hoogleraar.[598]

Het ontbrak de eerste hoogleraren aanvankelijk aan praktische middelen - collegezalen, laboratoria en vooral klinieken - om het psychiatrisch onderwijs en

---

[594] Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; De Waardt 2005, 77-102.
[595] Bouman 1921, 317-318.
[596] De Waardt 2005, 109-111; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.
[597] Studenten die colleges bij Bouman volgden moesten derhalve behalve aan de Vrije Universiteit ook nog aan een andere universiteit ingeschreven staan om aldaar een volledig curriculum te volgen en examens af te leggen. Zie Van Bergen 2005.
[598] Over de eerste leerstoelen psychiatrie en neurologie: Rooijmans 1998, 1-48; Bruyn en Koehler 2002; Eling en Koehler 2002; De Waardt 2005, 77-102, 143; Van Bergen 2005, 139-171; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

onderzoek concreet vorm te geven. Over de wijze waarop een en ander praktisch gestalte moest krijgen, bestonden uiteenlopende opvattingen. Terwijl de Leidse medische faculteit in 1890 aan de Utrechtse zusterfaculteit schreef dat een nauwe band met de krankzinnigenzorg noodzakelijk was, hamerde Winkler op de noodzaak van aparte klinieken.[599] Winkler nam al na drie jaar ontslag in Utrecht, omdat de hem toegezegde kliniek wegens gebrek aan financiële middelen niet tot stand kwam. Klachten van Winkler en de NVPN hierover bij de Tweede Kamer en het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waaraan de pers aandacht schonk, mochten niet baten. Winkler vertrok naar Amsterdam, waar sinds 1893 dankzij Van Deventer in het Wilhelminagasthuis een psychiatrisch-neurologische afdeling, het zogeheten Paviljoen III, bestond.[600] De Utrechtse leerstoel bleef vervolgens vacant tot 1900, toen de uit Duitsland afkomstige Th. Ziehen aantrad en deze de beschikking kreeg over een kliniek. Ziehen keerde al na drie jaar terug naar Duitsland om een leerstoel in Halle te bezetten. Diens opvolger, de ook uit Duitsland afkomstige Heilbronner, wist in 1913 een nieuwe, grotere onderwijskliniek tot stand te brengen. In het jaar daarop stierf Heilbronner en keerde Winkler terug naar Utrecht.[601] In Groningen beschikte Wiersma vanaf 1903 over een psychiatrische kliniek in het academisch ziekenhuis en kwam in 1916 een nieuwe psychiatrisch-neurologische kliniek tot stand.[602] Tot slot werd in 1910 aan de Vrije Universiteit de Valeriuskliniek geopend. De universitaire klinieken waren bij uitstek de instellingen die specialistische en doorgaans kortstondige zorg boden aan acute patiënten, zowel krankzinnigen als zenuwlijders.[603]

Jelgersma had sinds zijn benoeming de beschikking over patiënten in het krankzinnigengesticht Endegeest en kreeg in 1908 het beheer over twintig bedden in het sanatorium Rhijngeest voor zenuwlijders, dat daardoor deels als universiteitskliniek ging fungeren. Beide instellingen in Oegstgeest waren Leidse gemeentelijke instellingen. In tegenstelling tot de andere universiteiten kreeg die in Leiden dus geen aparte psychiatrisch-neurologische kliniek, hoewel hiervoor in het kader van het nieuw te bouwen academisch ziekenhuis wel plannen ontstonden. Een aparte kliniek achtte Jelgersma niet dringend gewenst. Voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek waren volgens hem ook chronische en onrustige patiënten nodig en daarom hechtte hij aan een nauwe band met Endegeest. Rhijngeest voorzag in zenuwpatiënten. Deze Leidse uitzonderingspositie zou tot na de Tweede Wereldoorlog blijven bestaan en aanleiding geven tot een moeizame verhouding tussen de psychiatrie en de rest van de medische faculteit.[604]

Tussen de hoogleraren en de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten ontstonden spanningen aangezien de nieuwe universiteitsklinieken in strijd waren met de Krankzinnigenwet van 1884. Deze schreef voor dat voor alle instellingen waarin meer dan twee krankzinnigen verpleegd werden een vergunning en toezicht door de Inspectie vereist waren. Aangezien de hoogleraren vonden dat opname van (acute) krankzinnigen zonder rechterlijke machtiging moest

---

[599] Rooijmans 1998, 11.
[600] Mooij 1999, 298.
[601] Winkler-Junius 1947, 106-109; De Waardt 2005, 87.
[602] Mansholt 1916; Rooijmans 1998, 14; Eling en Koehler 2002.
[603] Zie voor een overzicht: Van der Esch 1975-1980, III: 88-92. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders.
[604] Rooijmans 1998, passim.

kunnen plaatsvinden, vroegen zij voor de oprichting van universiteitsklinieken geen vergunning als krankzinnigengesticht. Bovendien verbood de Krankzinnigenwet verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken in dezelfde instelling.[605] Dit veranderde in 1904 met de invoering van de 'aangewezen inrichting': met deze status konden de klinieken naast zenuwlijders meer dan twee krankzinnigen opnemen en was de rechterlijke machtiging niet nodig. Als eerste kreeg in 1905 de psychiatrische universiteitskliniek te Groningen een dergelijke aanwijzing, in datzelfde jaar gevolgd door het in 1893 gebouwde Paviljoen III van het Amsterdamse Buitengasthuis – dat overigens in de voorgaande decennia een creatief, want van de wettelijke bepalingen afwijkend opnamebeleid had gevoerd door zowel krankzinnigen als zenuwlijders toe te laten.[606] De Utrechtse psychiatrisch-neurologische universiteitskliniek (1900) werd pas in 1913 van een aanwijzing voorzien, waarna de Valeriuskliniek in 1929 volgde.[607] De leiding van Rhijngeest vond een aanwijzing lange tijd onwenselijk en overbodig. Pas in 1968 zou het tot een aanwijzing komen, achttien jaar nadat Rhijngeest geheel aan het Rijk was gekomen en was omgedoopt tot Jelgersmakliniek.[608]

1.7.2. *De wetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie en neurologie*

De eerste hoogleraren in de geneeskunde die in hun werk uitgebreid aandacht aan krankzinnigheid wijdden, Schroeder van der Kolk en Voorhelm Schneevoogt, veronderstelden een wisselwerking tussen lichaam en geest. Schroeder van der Kolk, auteur van *Handboek van de Pathologie en Therapie der Krankzinnigheid* (1863), maakte een begin met de medisch-biologische benadering. De oorzaken van waanzin zocht hij in het lichaam, in de eerste plaats in de hersenen en het zenuwgestel, maar ook in andere organen en in een verstoorde bloedsomloop. Lichamelijke aandoeningen zouden ertoe kunnen leiden dat de hersenen zintuiglijke waarnemingen niet goed konden verwerken, waardoor het geestelijk functioneren - maar niet de ziel op zichzelf - aangetast raakte. Kennis van de anatomie en fysiologie achtte hij onmisbaar en de medische behandeling zou zich in eerste instantie op het lichaam moeten richten. Toch was Schroeder van der Kolk geen materialist: hij erkende het bestaan van een niet tot het lichaam te reduceren ziel. Als aanhanger van het dualisme veronderstelde hij een wederzijdse beïnvloeding van lichaam en ziel. Kommer, huiselijke twist, armoede en gebrek konden bijdragen aan het ontstaan van krankzinnigheid. Daarom achtte hij psychische beïnvloeding door middel van opvoeding en een humane behandeling onmisbaar in de medische behandeling van krankzinnigheid, ook al kwamen de somatische diagnostiek en therapie op de eerste plaats. Van der Lith, over wiens opvattingen weinig bekend is, was een volgeling van Schroeder van der Kolk en het is aannemelijk dat hij diens benadering volgde.[609]

Vergeleken met Schroeder van der Kolk, die een autonome ziel veronderstelde, deed Voorhelm Schneevoogt zich sterker als materialist gelden. Lichaam en geest waren volgens hem één en hij legde sterk de nadruk op het belang van natuurwetenschappelijk onderzoek naar de werking van zowel lichaam als geest. Tegelijkertijd erkende hij dat de geest niet alleen door het lichaam, maar ook door omgevingsinvloeden en leefwijze werd

---

[605] Van der Esch 1975-1980, III: 91-92. Zie ook 1.4.2. De tweede Krankzinnigenwet.
[606] Van den Berg 1989, 46-52.
[607] Postma 1984, 331-353; Wieringa et al. 1960.
[608] Rooijmans 1998, 68-93.
[609] Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 32-38; De Waardt 2005, 53-55, 67-68.

beïnvloed en wees hij op het nut van een moreel-opvoedkundige behandeling.[610] In Duitsland leidde de vraag naar de aard van de verhouding tussen geest en lichaam in het midden van de negentiende eeuw tot een principiële en filosofisch getoonzette schoolstrijd tussen *Somatiker* en *Psychiker*, maar van een dergelijke discussie was onder Nederlandse krankzinnigenartsen geen sprake.[611] Vaak werden lichamelijke en 'zedelijke', dat wil zeggen geestelijke en maatschappelijke, oorzaken naast elkaar genoemd zonder duidelijk te maken welke doorslaggevend waren. Zo weten Ramaer en Van Cappelle in hun inspectieverslagen van 1875-1877 de toename van de dementia paralytica - een neurologische aandoening als gevolg van syfilis - aan sociale oorzaken, zoals de toenemende zorgen en spanningen in verband met de strijd om het bestaan, de verhoogde eisen in het onderwijs en de toenemende 'uitspattingen' onder jongeren. Als oorzaken van krankzinnigheid noemden zij verder: erfelijkheid, lichamelijke ziekte, overmatige geestelijke inspanning, slechte voeding, armoede, 'godsdienstige dweperij', alcoholmisbruik, seksuele uitspattingen en gemoedstoestanden als (liefdes)verdriet, schrik, angst en toorn.[612] Een dergelijke eclectische benadering klonk ook door in Van Deventers *Handleiding der krankzinnigenverpleging* (1897): hij onderscheidde daarin diverse oorzaken van geestesziekte - directe, indirecte, verwijderde en voorbeschikte oorzaken alsook oorzakelijke momenten en katalysatoren - naast elkaar, zonder een duidelijke hiërarchie aan te brengen.[613]

In de jaren vijftig en zestig oriënteerden vernieuwingsgezinde geneeskundigen zich op de natuurwetenschappelijke geneeskunde, zoals die in Duitsland was ontwikkeld. Daarin werden immateriële verklaringen van ziekte verworpen en gaf de experimenteel-fysiologische benadering de toon aan. Ziekte gold als een verstoord levensproces, dat zich niet in kwalitatieve, maar louter in kwantitatieve zin van gezondheid onderscheidde. Zowel normale als abnormale fysiologische verschijnselen zouden in laboratoria door middel van experimenten, empirische observatie en de toepassing van exacte, kwantitatieve methoden te doorgronden en te beheersen zijn. Naast Donders, Donkersloot, Tellegen en Van Andel maakte met name Ramaer, die meerdere studiereizen naar Duitsland maakte en zich door Griesinger liet inspireren, zich sterk voor het fysiologische ziektebegrip. Ramaer was weliswaar niet aan een universiteit verbonden, maar met zijn streven naar een natuurwetenschappelijke vakbeoefening zette hij wel mede de toon voor de academische psychiatrie. Krankzinnigheid zou haar oorzaak volgens hem vinden in verstoorde lichaamsfuncties als de stofwisseling en de bloeddruk. In zijn verklaring voor fysieke aandoeningen speelden omgevingsfactoren een belangrijke rol: het leefmilieu zou het lichamelijke en ook het geestelijke functioneren ten kwade en ten goede beïnvloeden. Ondanks het materialisme van de fysiologische geneeskunde onderstreepte Ramaer, evenals Schroeder van der Kolk en Voorhelm Schneevoogt, het therapeutische belang van geestelijke en morele invloeden - rust, opvoeding, godsdienst en arbeid - in de krankzinnigenzorg. Het gesticht moest in die zin voor een therapeutisch leefmilieu zorgen, waarin de uitwendige prikkelingen die patiënten ondergingen, nauwgezet werden beheerst.[614]

---

[610] De Waardt 2005, 65-67.
[611] Vergelijk Verwey 1980.
[612] Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 51-52.
[613] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 6.
[614] Ter Meulen 1988b; Ter Meulen en Widdershoven-Heerding 1985; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1 en 2.

Zowel de NVP als de hoogleraren streefden ernaar de psychiatrie te modelleren naar het voorbeeld van de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde, waarbij de ontwikkelingen in Duitsland en Oostenrijk als voorbeeld golden - de meeste buitenlandse psychiatrische studiereizen voerden naar deze landen. Winkler bezocht Wenen, waar hij T. Meynert, H. Obersteiner en J. Wagner von Jauregg ontmoette. Een paar jaar later maakte hij een studiereis naar Heidelberg, München en Wenen en bezocht hij H. Schüle, E. Hitzig, Meynert en B. von Gudden. De opvolgers van Winkler in Utrecht, Ziehen en Heilbronner, waren uit Duitsland afkomstig en stonden eveneens een neurologisch-anatomische benadering van de psychiatrie voor. Wiersma reisde naar Wenen en Berlijn om zich in de psychiatrie te specialiseren en L. Bouman volgde colleges bij R. von Krafft-Ebing, Wagner von Jauregg en Obersteiner in Wenen en bij E. Kraepelin in Heidelberg. Jelgersma, die zich deels door Franse voorbeelden liet inspireren, reisde in tegenstelling tot zijn collega's niet naar Duitsland of Oostenrijk om het vak te leren.[615]

In zijn oratie ter gelegenheid van zijn benoeming als eerste gewone hoogleraar in de psychiatrie en neurologie betoogde Winkler dat het universitaire onderwijs in de psychiatrie zijn nut voor de geneeskunde in het algemeen alleen kon bewijzen als het zich baseerde op de anatomisch-neurologische benadering. Op basis van zowel pathologisch-anatomisch als fysiologisch laboratoriumonderzoek zouden geestesziekten in verband moeten en kunnen worden gebracht met lichamelijke stoornissen, in het bijzonder met aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel. De toenadering tussen psychiatrie en neurologie, die toonaangevende leden van de NVP vanaf het midden van de jaren tachtig nastreefden, kreeg met de vestiging van de psychiatrie aan de universiteiten een krachtige impuls. Terwijl de psychiatrie uit de krankzinnigenzorg was voortgekomen, kwam de neurologie tot ontwikkeling als specialistisch onderdeel van de interne geneeskunde. Neurologen hielden zich bezig met ziektes en aandoeningen van het zenuwstelsel, zoals epilepsie, motorische stoornissen, verlammingen, multiple sclerose, hersenletsel, migraine, afasie en spraakstoornissen.[616] Met name Winkler en Jelgersma deden anatomisch onderzoek naar de hersenen en het centrale zenuwstelsel en beschouwden een nauwe band met de neurologie als het middel bij uitstek om aansluiting bij en erkenning van de medische wereld te verkrijgen.[617] De NVP volgde hun voorbeeld door zich open te stellen voor neurologen.

Tot het begin van de jaren zeventig van de twintigste eeuw zouden psychiatrie en neurologie met elkaar verbonden verblijven, hoewel zich ook regelmatig spanningen tussen deze twee medische specialismen zouden voordoen. Het begrip zenuwarts, de medicus die over zowel psychiatrische als neurologische deskundigheid beschikte, gaf uitdrukking aan deze band. De toenadering van de psychiatrie tot de neurologie was niet alleen ingegeven door een strategische overweging, het streven naar aansluiting bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde. De beide vakken overlapten elkaar ook inhoudelijk. Ten eerste bevonden zich onder gestichtspatiënten lijders aan zenuw- en hersenstoornissen, zoals epilepsie en de door syfilis veroorzaakte dementia paralytica. Ten tweede vielen psychiatrie en neurologie voor de aanhangers van de natuurwetenschappelijke geneeskunde samen in die zin dat zij geloofden dat geestesstoornissen op aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel waren terug te

[615] Winkler-Junius 1947; De Waardt 2005, 77-103.
[616] Over de geschiedenis van de neurologie in Nederland: Frederiks, Bruyn en Eling 2002.
[617] Winkler-Junius 1947, 147, vergelijk 115, 155.

voeren. Met name Winkler vertegenwoordigde dit standpunt. Hij was een universitaire arts die nooit in een krankzinnigengesticht had gewerkt en die zich als hersenonderzoeker profileerde; hij geldt als een van de grondleggers van de neurologie in Nederland.[618] Winkler vertegenwoordigde Nederland in de internationale Braincommission en gaf daarmee de aanzet tot de oprichting van het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek dat in 1909 werd geopend en waarvan C.U Ariëns Kappers directeur werd. Het instituut, dat onder de Koninklijke Academie van Wetenschappen viel en deel uitmaakte van een internationaal netwerk van soortgelijke onderzoeksinstellingen, verwierf veel aanzien. Samen met onder anderen zijn opvolger als hoogleraar in Amsterdam, K.H. Bouman, richtte Winkler in hetzelfde jaar de Amsterdamsche Neurologenvereeniging op.[619] Ten derde werd het samengaan van psychiatrie en neurologie bevorderd door de toenemende geneeskundige aandacht voor kwalen als nervositeit, neurasthenie, psychasthenie en hysterie: ziektebeelden met zowel somatische als psychische symptomen. We zagen al eerder dat bijvoorbeeld Jelgersma zich op dit terrein profileerde.

De hoge verwachtingen die de toonaangevende psychiaters koesterden ten aanzien van een natuurwetenschappelijke aanpak van geestesziekte, werden echter niet ingelost. Pathologisch-anatomisch en neurofysiologisch onderzoek leverde weinig concrete resultaten op en zeker geen duidelijk bewijs voor een causale relatie tussen lichamelijke aandoeningen en de gedragsmatige en psychische symptomen van geestesziekte zoals die zich in de klinische praktijk manifesteerden. Dementia paralytica, waarvan aan het begin van de twintigste eeuw een lichamelijk substraat, namelijk een besmetting met de syfilisbacterie, werd aangetoond, was de uitzondering op de regel. Voor de klinische praktijk, diagnose en behandeling, was anatomisch en fysiologisch laboratoriumonderzoek nauwelijks relevant. Zelfs Winkler moest toegeven dat neurofysiologie en anatomie nog niet tot zekere kennis hadden geleid: 'ik gaf college psychiatrie op biologischen grondslag', zo schreef Winkler in zijn *Herinneringen*.

> Maar de moeilijkheden die zich hierbij voordeden, werden steeds grooter. Niet zoozeer omdat de stof die men te doceeren heeft veranderde, maar omdat er telkens nieuwe hypothesen opdoken en weder na eenigen tijd verdwenen. Meestal kon ik volstaan deze leeringen op mijn colleges te vermelden, spoedig hadden zij weder afgedaan.[620]

Als het om diagnosestelling ging, bleven artsen voornamelijk aangewezen op de observatie van direct zichtbare gestoorde gedragingen en uitingen van patiënten. Pogingen om tot een eenduidige classificatie van ziektebeelden op basis van de pathologische anatomie te komen, liepen op niets uit. In 1887 en 1891 besprak de NVP het rapport dat Ramaer als lid van de commissie voor de 'internationale statistiek der krankzinnigen' van het congres over 'Pheniatrie en Neuropathologie' te Antwerpen in 1885 had opgesteld. Het ging hierbij om een poging om tot een internationaal erkende classificatie te komen. Ramaer noemde uiteenlopende criteria - symptomen, de pathologische anatomie, het verloop van geestesziekte en de prognose - die als basis van

---

[618] Koehler 2002b.
[619] Bruyn en Koehler 2002; Mooij 1999, 365, 377. Zie over het belang van de neurologie voor de universitaire psychiatrie ook Slijkhuis 2005.
[620] Winkler-Junius 1947, 145.

zo'n classificatie zouden kunnen dienen, waarop de leden van de NVP concludeerden dat niet één daarvan voldoende zekerheid bood en de tijd nog niet rijp was voor een classificatie op basis van een uniform ordeningsprincipe.[621] Het onderzoek naar de hersenen en het zenuwgestel leidde evenmin tot nieuwe behandelingsmethoden voor geestesziekte. '[…] na 40 jaren arbeid', concludeerde Winkler aan het eind van zijn loopbaan, 'moet ik bekennen dat op psychiatrisch gebied de medicus nog slechts zelden genezing kon brengen.'[622]

Er bestond een kloof tussen de wetenschappelijke psychiatrie aan de universiteiten en de dagelijkse praktijk van de gestichtszorg, ook al trachtten de gestichten met de invoering van de bedverpleging, enkele somatische therapieën en geschoold verplegend personeel een meer medisch aanzien te verwerven. Weliswaar hielden veel artsen in theorie vast aan het idee dat psychiatrie zich alleen als medische wetenschap kon bewijzen als het onderzoek zich richtte op de lichamelijke oorzaken van geestelijke stoornissen, maar, zoals eerder bleek, in de klinische praktijk kenmerkte de psychiatrische behandeling zich door veelvormigheid en pragmatisme en bleven de therapeutische pretenties bescheiden. Dat niet alle patiënten te genezen waren, klonk bijvoorbeeld duidelijk door in leerboeken voor verplegenden.[623]

Mede als gevolg van het uitblijven van in de psychiatrische praktijk bruikbare concrete resultaten relativeerden de hoogleraren het belang van de pathologische anatomie en neurofysiologie vanaf het eind van de jaren negentig en zetten zij niet uitsluitend meer in op de laboratorium-geneeskunde om de psychiatrie een natuurwetenschappelijke inhoud te geven. De klinische psychiatrie van Kraepelin, die zich van de neurologische oriëntatie onderscheidde door de aandacht op zowel somatische als psychische verschijnselen te richten, won vanaf de eeuwwisseling aan invloed in de Nederlandse psychiatrie.[624] Deze toonaangevende Duitse psychiater legde zich toe op een nauwkeurige en systematische beschrijving alsmede statistische analyse van direct waarneembare symptomen en het verloop van ziekteprocessen van grote aantallen patiënten. De zesde editie van zijn handboek, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte* (1899) oefende met zijn classificatie van geestesziekten een grote invloed uit in de psychiatrische wereld, zowel binnen als buiten Duitsland. Kraepelin onderscheidde affectieve (manisch-depressieve) en niet-affectieve (dementia praecox) psychosen, waarbij hij de prognose van de eerste soort tamelijk gunstig achtte en de tweede soort zich zou kenmerken door een toenemende en onomkeerbare desorganisatie van het denken.[625]

De grondlegger van de experimentele laboratoriumpsychologie, de Duitse filosoof en fysioloog W. Wundt, was een van de leermeesters van Kraepelin en de laatste stelde dit nieuwe vak ten dienste van de psychiatrische diagnosestelling. Daarbij ging het niet zozeer om de subjectieve inhoud van de belevingswereld van patiënten, maar veeleer om de objectiveerbare en systematisch meetbare aspecten van de psychische uitingen van geestesziekte. Psychologische benaderingen kregen in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw steeds meer aanhang in de academische psychiatrie. Met uitzondering

---

[621] Slijkhuis 2005.
[622] Winkler-Junius 1947, 155.
[623] Van Delden 1897, 71; Van Deventer 1897, 87; Schermers 1898b, 191-196.
[624] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 6.
[625] Over Kraepelin zie Shorter 1997, 100-109.

van Winkler wisselden de hoogleraren het neurologische reductionisme in voor benaderingen van lichamelijke en geestelijke processen als eigenstandige en parallelle verschijnselen.[626]

Het is opmerkelijk dat de drie hoogleraren die rond 1900 aantraden in hun oraties aandacht vroegen voor de experimentele psychologie, die de filosoof G. Heymans in Nederland introduceerde.[627] Jelgersma sprak over *Psychologie en pathologische psychologie* (1899), Th. Ziehens rede droeg de titel *Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie* (1900) en Wiersma's oratie ging over *Het psychologisch experiment in de psychiatrie* (1903). In 1915 ging Wiersma in zijn rectorale rede, *Geestesafwijkingen in het licht der psychologie*, opnieuw in op het belang van de experimentele psychologie voor de psychiatrie: deze zou de mogelijkheid bieden kunstmatig verkregen veranderingen van de psychische toestand te onderzoeken om aldus inzicht te verkrijgen in de werking van medicamenten.[628] Wiersma deed samen met Heymans experimenteel-psychologisch onderzoek naar de zintuiglijke waarneming en ook droeg hij bij aan Heymans' karaktertheorie, die hij als diagnostisch instrument hoopte te kunnen inzetten.[629] Heymans koesterde hoge verwachtingen van de maatschappelijke toepassing van de psychologie door middel van de psychotechniek en de verspreiding van psychologische kennis onder het publiek.

Behalve Jelgersma, Ziehen en Wiersma toonden ook Bouman en Winkler belangstelling voor het nieuwe vak, dat zich richtte op de bestudering van mentale processen door middel van meting van reacties op zintuiglijke prikkels. Bouman was als student bij dergelijk onderzoek betrokken. Toen Winkler opnieuw hoogleraar aan de Utrechtse universiteit werd, wijdde hij zijn oratie aan *De verhouding der psychologie tot de physiologie van het zenuwstelsel* (1914). In zijn afscheidsrede *Over de toekomst der psychiatrie*, die Winkler in 1925 uitsprak, betoogde hij dat de psychiatrie zich nooit zou mogen losmaken van de hersenpathologie, maar dat het vak ondersteuning door andere wetenschappen behoefde, waaronder de experimentele psychologie.[630] Dat Winkler als neuroloog geen moeite had om de experimentele psychologie als psychiatrische hulpwetenschap te omarmen, is te verklaren uit het feit dat deze als natuurwetenschap gold en zich met haar kwantitatieve laboratoriumonderzoek modelleerde naar de fysiologie. In dit verband benadrukte ook Jelgersma dat psychiatrie en psychologie beide exacte, objectieve wetenschappen waren en dat de psychologie die hij voorstond niets te maken had met de filosofisch geïnspireerde zielkunde. Hiermee riep Jelgersma de toorn op van de Leidse filosoof G.J.P.J. Bolland. Bolland verweet hem dat hij een geesteswetenschappelijke problematiek eenzijdig natuurwetenschappelijk benaderde en

---

[626] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.

[627] Als aparte (academische) discipline bestond de psychologie nog niet: de 'zielkunde' was onderdeel van de studie wijsbegeerte, maar ook sommige medici, opvoedkundigen, onderwijzers en geestelijken achtten zich deskundig op dit terrein. Het Academisch Statuut van 1921 maakte het mogelijk psychologie als hoofdvak binnen de studie wijsbegeerte te kiezen en vanaf 1922 werden de eerste leerstoelen voor het vak ingesteld. In 1941 werd de psychologie een zelfstandige studierichting. Over de geschiedenis van de psychologie in Nederland: zie Veldkamp en Van Drunen 1988; Dehue 1990; Van Strien 1993; Derksen 1999.

[628] Slijkhuis 2005.

[629] De Waardt 2005, 92-97.

[630] Winkler-Junius 1947, 155.

daagde hem uit tot een openbaar debat, waarop Jelgersma pas zeven jaar later reageerde met een *Open Brief*. Daarin vergeleek hij Bollands geloof in de Hegeliaanse metafysica met een kinderlijke behoefte aan religieuze zekerheden en zweverige wereldbeschouwingen. De polemiek tussen de twee Leidse hoogleraren riep veel reacties op en kon op veel aandacht van de pers rekenen.[631]

Met name Bouman toonde veel belangstelling voor andere vormen van psychologie, die recht deden aan de subjectieve beleving van geestesziekte. Deze belangstelling was mede ingegeven door zijn gereformeerde achtergrond en zijn opdracht om een wetenschappelijke psychiatrie op christelijke grondslag op te bouwen. Zijn leerstoel was tot stand gekomen dankzij de samenwerking tussen de Vrije Universiteit en de door Lindeboom en andere orthodox-protestantse dominees beheerste Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Tegenover het positivistische principe dat geloof en wetenschap gescheiden moesten blijven - juist door de verwetenschappelijking van de psychiatrie werd een taakverdeling mogelijk tussen de psychiater, die het lichaam voor zijn rekening nam, en de geestelijke, die over de immateriële ziel ging - streefden Lindeboom en de zijnen naar een afstemming van de wetenschappelijke psychiatrie op het geloof ten behoeve van een specifiek gereformeerde opleiding in het vak. In feite was hun uitgangspunt dat wetenschap in dienst stond van onwrikbare geloofswaarheden.[632]

Boumans opvattingen leken te passen in Lindebooms opzet. In 1900 had Bouman een voordracht voor de in 1896 opgerichte Christelijke Vereeniging van Natuur- en Geneeskundigen over de verhouding tussen geloof en wetenschap gehouden. Daarin zette hij zich af tegen het natuurwetenschappelijke en in het bijzonder het darwinistische mensbeeld, dat werd beheerst door materialistische en mechanistische verklaringen. Desondanks toonde hij sympathie voor de deterministische degeneratieleer en het daaraan verwante gedachtegoed van de Italiaanse arts-criminoloog C. Lombroso: deze zouden de wetenschappelijke bevestiging vormen van de erfzonde, waarmee de mensheid volgens de orthodox-protestantse leer was behept. Volgens Bouman waren er wetenschappelijke en wijsgerige argumenten nodig om onchristelijke wetenschap te bestrijden.[633] Na zijn benoeming als hoogleraar kwam Bouman in zoverre tegemoet aan Lindebooms ambities dat hij waardering toonde voor zielkundige benaderingen van geestesziekte en wees op het belang van begrip voor de belevingswereld van geesteszieken. De psychiater moest behalve arts ook psycholoog zijn. Door de ziel weerbaar te maken, zou geestesziekte langs psychische weg voorkomen kunnen worden. Daarmee leek hij afstand te nemen van het natuurwetenschappelijke model, dat in de gereformeerde visie gebaseerd was op een verwerpelijke materialistische wereldbeschouwing en geen recht deed aan de onstoffelijke ziel. Bouman verwachtte veel van onderzoek naar slaap, droom en hypnose en daardoor raakte hij geboeid door Freuds werk. In zijn inaugurele rede *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie* (1907) benadrukte hij onder verwijzing naar Janet, de psychologen Wundt en G.S. Hall, en Freud en Jung dat het zielsleven een eigen dynamiek onafhankelijk van het lichaam kende. Het was de gereformeerde Bouman die Freud in de Nederlandse academische psychiatrie introduceerde en die als een van de

[631] Otterspeer 1995, 239, 361-366.
[632] Van Bergen 2005, 130-143.
[633] Van Bergen 2005, 95-97, 117.

eerste Nederlandse artsen, weliswaar onder enig voorbehoud, publiekelijk blijk gaf van waardering voor diens gedachtegoed.[634]

Tevens was Bouman een van de eerste Nederlandse psychiaters die zich lieten inspireren door de fenomenologische benadering van de Duitse psychiater en filosoof K. Jaspers. In diens *Allgemeine Psychopathologie* (1913) stond de subjectieve belevingswereld van de geestelijk gestoorde mens centraal. De eigenheid van psychische processen vereiste volgens Jaspers een geesteswetenschappelijke oriëntatie. De rectorale rede over *Psychische aktiviteit* die Bouman in 1916 uitsprak, droeg sterk het stempel van de fenomenologische benadering. Daarmee verwijderde hij zich weer van Freud, wiens theorie hij bij nader inzien tot de op de natuurwetenschappen geënte associatiepsychologie rekende. Deze achtte hij te deterministisch en mechanistisch om recht te doen aan de persoonlijke autonomie. Tegelijkertijd bleef Bouman zijn geloofsgenoten voorhouden dat zij Freud dankbaar moesten zijn voor diens bijdrage aan een psychiatrie die aansloot bij hun beginselen.[635]

Verder was Bouman de eerste hoogleraar die, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog, een psycholoog (A.A. Grünbaum) in zijn kliniek aanstelde. Nog sterker dan Bouman zelf lieten zijn naaste collega's en assistenten, zoals de hoogleraar fysioloog F.J.J. Buytendijk, de psycholoog J. van Essen en de artsen Van der Hoop**,** Rümke en Van der Horst zich door de uit Duitsland afkomstige geesteswetenschappelijk en fenomenologisch georiënteerde psychologie inspireren. Vooral onder psychiaters met een protestants-christelijke achtergrond was in de jaren 1910 sprake van een wending van een natuurwetenschappelijke naar een geesteswetenschappelijke oriëntatie, die in tegenstelling tot de biomedische invalshoek recht deed aan de eigenstandigheid van de werking van de geest en plaats bood aan een geloof in een immateriële ziel. De zogenaamde Valeriuskring was de broedplaats van de fenomenologische psychiatrie in Nederland, die de academische psychiatrie vanaf de jaren twintig vier decennia lang sterk zou beïnvloeden.[636]

Boumans eigen belangstelling voor de psychische aspecten van geestesziekte sloot anatomisch en neurologisch onderzoek allerminst uit. In de Valeriuskliniek, waarin ook plaats was voor neurologen als W.G. Sillevis Smit, kregen de neurofysiologie en klinische experimenten een prominente plaats. Bovendien verschilde de medische behandeling van patiënten niet van die in andere, niet-gereformeerde psychiatrische instellingen. Evenals in de gereformeerde gestichten nam de geestelijk verzorger een ondergeschikte positie in. Ondanks zijn waardering voor de psychoanalyse en de fenomenologie was Bouman van mening dat de psychiatrie als medische wetenschap niet zonder de neurologie en anatomie kon. Op basis van zijn uitgangspunt dat lichaam en ziel een eenheid vormden, stond Bouman een nauwe band tussen psychiatrie en neurologie voor, zoals hij in zijn tweede rectorale rede (1924) benadrukte. Als wetenschapper stelde hij zich gereserveerd op ten aanzien van het gereformeerde streven om de christelijke ziel een vooraanstaande plaats te geven in de psychiatrie. Van een onderschikking van wetenschap aan theologie kon geen sprake zijn. Deze dienden volgens hem op gepaste afstand van elkaar te blijven. Wetenschappelijk onderzoek was op zichzelf neutraal, aldus

---

[634] Bulhof 1983, 156-158.
[635] Van Belzen 1994, 50-69.
[636] Dehue 1990, 115-124; Van Strien 1993, 61-63, 151; De Waardt 2005, 99-101; vergelijk Van Belzen en Ter Meulen 1988.

Bouman; pas bij de interpretatie van de resultaten ervan kon de wereldbeschouwing haar invloed doen gelden. Daarom zag hij geen bezwaar in nauwe samenwerking met wetenschappers buiten de gereformeerde wereld.

Niet alleen zijn klinische onderzoek, maar ook zijn belangstelling voor de psychoanalyse en de fenomenologie stond op gespannen voet met de calvinistische leerstellingen van zijn gereformeerde achterban. De fenomenologie wees het materialisme weliswaar af, maar tegelijkertijd stond deze ook afwijzend tegenover het christelijke mensbeeld. Van het idee van de erfzonde nam Bouman steeds meer afstand. Zijn nauwgezette positiebepaling tussen godsdienst en wetenschap en zijn intensieve contacten met collega's op andere universiteiten en in de NVPN leidden in de jaren tien herhaaldelijk tot wrijvingen met het bestuur van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders, dat toezicht uitoefende op de Valeriuskliniek. Volgens Lindeboom leende Bouman het oor te weinig aan theologen en maakte hij het ideaal van een eigen gereformeerde psychiatrie niet waar. In 1921 ontstond een openlijk conflict toen Bouman ter bevordering van het psychologisch onderzoek op het terrein van onderwijs en beroepskeuze samenwerkte met wetenschappers van buiten de gereformeerde wereld. De oprichting van een aparte Gereformeerde Psychologische Studievereeniging in 1922 onder Boumans voorzitterschap kon het wantrouwen van Lindeboom en de zijnen niet meer wegnemen, temeer omdat Bouman openlijk volhardde in zijn afwijzing van theologische zeggenschap over wetenschapsbeoefening. Vanwege deze botsing en ook omdat aan de Vrije Universiteit nog geen volwaardige medische faculteit van de grond kwam, waardoor het aantal studenten gering bleef en Bouman de wetenschappelijke samenwerking met andere medici miste, vertrok hij in 1925 om hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Utrecht te worden.[637]

Van groot belang voor de acceptatie van de psychoanalyse in de psychiatrische kring was dat de gezaghebbende Leidse hoogleraar Jelgersma Freuds theorie omarmde. Zijn Diesrede als rector magnificus in 1914, *Ongeweten geestesleven*, was een belangrijk moment in de academische receptie van Freuds werk, zowel nationaal als internationaal. Op instigatie van Freud verscheen de rede kort daarna in Duitse vertaling als bijlage van het *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*. Jelgersma, volgens zijn biograaf en opvolger E.A.D.E. Carp 'geheel en al een kind van het materialistisch-rationalistische tijdperk', afkerig van godsdienst en gedreven door een sterke geestelijke vrijheidszin, was zijn loopbaan als natuurwetenschappelijk psychiater begonnen.[638] In de jaren tachtig en negentig verrichtte hij als geneesheer van het gesticht Meerenberg hersenanatomisch onderzoek en zocht hij als privaatdocent in de criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam naar anatomische afwijkingen bij misdadigers. Aangezien hij die niet kon aantonen, kwam hij tot de veronderstelling dat de oorzaak van misdadigheid in het (deels onbewuste) geestesleven, in dwangvoorstellingen en -handelingen te vinden was. Krankzinnigen en misdadigers toonden volgens Jelgersma aan dat de mens niet vrij was; gedrag en bewustzijn waren gedetermineerd. Nadat hij in 1894 was benoemd tot geneesheer-directeur van het sanatorium de Vogel- en Plantentuin voor zenuwlijders te Arnhem, hield Jelgersma zich bezig met neurotische patiënten en richtte zijn aandacht zich in het bijzonder op lijders aan hysterie. Daarbij kreeg hij steeds meer aandacht voor het onbewuste geestesleven en legde hij zich toe op hypnose en

[637] Van Belzen 1994, 50-69; Van Bergen 2005, 173-251; vergelijk Kuilman 1980.
[638] Carp 1942, 15-17.

psychische geneeswijzen. Zijn ervaringen op het gebied van nerveuze aandoeningen legde hij neer in zijn *Leerboek der Functioneele Neurosen* (1897). In zijn oratie, *Psychologie en pathologische psychologie* (1899), betoogde hij dat de met darwinistische inzichten gecombineerde associatiepsychologie de nieuwe natuurwetenschappelijke basis voor de psychiatrie moest worden. Deze psychologie liet volgens Jelgersma zien dat uiteenlopende mentale voorstellingen een strijd om het bestaan voerden en dat sommige niet konden doordringen tot het bewustzijn, maar desondanks grote invloed uitoefenden op het menselijk doen en laten. Tegelijkertijd hield hij vast aan de veronderstelling dat geestesstoornissen een lichamelijke basis hadden; echter, zolang fysieke oorzaken (nog) nauwelijks waren aangetoond, was de psychiater in de klinische praktijk aangewezen op waarneembare psychische verschijnselen.[639]

Jelgersma was aanvankelijk sterk op de Franse psychiatrie, met name de degeneratietheorie, georiënteerd, maar na het verschijnen van zijn driedelige *Leerboek der Psychiatrie* (1911, herdrukt in 1917 en 1926), waarin de biomedische benadering domineerde, ging hij zich intensief met de psychoanalyse bezighouden en begon hij afstand te nemen van het mechanistische en deterministische beeld van de mens als was deze niet meer dan een reflexmachine. Zelfanalyse en voortdurende observatie van zijn patiënten overtuigden hem definitief van Freuds idee dat de psychische binnenwereld een eigen dynamiek kende en wezenlijk anders in elkaar stak dan de materiële buitenwereld. Opmerkelijk is dat zijn contacten met psychotische patiënten en niet zozeer met zenuwlijders Jelgersma's belangstelling voor het Freudiaanse gedachtegoed voedden. Veel meer dan als therapie waardeerde hij de psychoanalyse als methode om door middel van gesprekken de belevingswereld van psychotici te doorgronden.[640] Ondanks zijn vroegere ontkenning van menselijke vrijheid ging Jelgersma steeds meer nadruk leggen op het autonome subject en diens wilskracht - wat in feite op gespannen voet stond met het Freudiaanse mensbeeld waarin onbewuste en irrationele drijfveren de overhand hebben. Hoewel hij zich kritisch uitliet over de conventionele moraal die bijdroeg aan de verdringing van seksuele neigingen, achtte hij het noodzakelijk en mogelijk het driftleven en de onbewuste drijfveren te beheersen. Jelgersma verbond de psychoanalyse uiteindelijk met een optimistisch (liberaal) wereldbeeld, hoewel hij aanvankelijk in Freuds leer een bevestiging had gevonden van zijn vroegere idee dat de mens geen baas was in eigen huis.[641]

Niet alleen wendde Jelgersma zijn invloed meermalen aan ten gunste van de psychoanalytische beweging en was hij haar belangrijkste verbindingsschakel met de universitaire psychiatrie, ook groeide de Leidse psychiatrie onder zijn leiding uit tot een belangrijk centrum van de psychodynamische benadering, waar jonge psychiaters in opleiding in aanraking kwamen met Freuds werk en een nieuwe generatie van analytisch georiënteerde psychiaters werd gevormd. In 1920 nam hij het initiatief tot oprichting van de Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse, die zich minder exclusief en orthodox opstelde dan de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse.[642] Twee jaar later kreeg hij op het zesde internationale psychoanalytische congres de Freudprijs. Jelgersma, die in het gesticht Endegeest de psychoanalyse in de diagnostiek en

---

[639] Bulhof 1983, 127-134; vergelijk Rooijmans 1998, 29-41.
[640] Rooijmans 1998, 26, 36.
[641] Carp 1942, 73; Bulhof 1983, 134-143.
[642] Vijselaar 1998c, 66-77.

in mindere mate in de behandeling van geesteszieken beproefde, beschouwde de Freudiaanse leer als een waardevolle verrijking van de psychiatrie en als ondersteuning voor een psychologische benadering, maar de psychoanalyse kon volgens hem niet dienen als alternatief voor de medische kant van het vak, waarin ook plaats moest zijn voor neurologie en anatomie. Aan het eind van zijn carrière legde hij zich toe op het samenstellen van een hersenanatomische atlas, die hij in 1931 voltooide. Jelgersma was wars van sektarisme. Zijn loyaliteit bleef in de eerste plaats bij de psychiatrie in het algemeen; daaraan ontleende hij zijn (medische) beroepsidentiteit en mede daarom verzette hij zich tegen de toepassing van de psychoanalyse buiten de geneeskunde. Aan de andere kant onderstreepte hij dat psychiatrie niet uitsluitend natuurwetenschap, maar tegelijkertijd geesteswetenschap was. In het college waarin Jelgersma in 1919 de overdracht van het neurologie-onderwijs aan een medewerker toelichtte, *De plaats der Psychiatrie in de Rij der Medische Wetenschappen*, beklemtoonde hij het verschil tussen psychiatrie en neurologie: psychiatrie was geen gewoon medisch vak, omdat het niet alleen ging om verklaren, maar ook om 'het vaststellen van begrijpelijke relaties'. De psychiater diende niet alleen medicus, maar ook psycholoog te zijn.[643]

De nauwe band tussen psychiatrie en neurologie en met name het natuurwetenschappelijk reductionisme van Winkler raakten in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw omstreden. Dit bleek onder andere uit de conflicten die in 1915 ontstonden over Winklers opvolging als hoogleraar aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit. De medische faculteit besloot aparte leerstoelen voor neurologie en psychiatrie in te stellen en schoof, mede op instigatie van Winkler, voor psychiatrie twee kandidaten naar voren die zich beiden op het gebied van de neurologie hadden onderscheiden: C. van Valkenburg, medisch directeur van het Instituut voor Epilepsie in Amsterdam, en B. Brouwer, die was verbonden aan het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek in dezelfde stad. In zowel de Amsterdamse gemeenteraad als het Wilhelminagasthuis ontstond verzet tegen deze voordracht. Vanuit het Wilhelminagasthuis werd steun gezocht in de inrichtingswereld en de NVPN.

Op een vergadering van de NVPN in 1915 betoogde Cox, geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve, dat de medisch-biologische benadering in de klinische praktijk weinig had opgeleverd en geen recht deed aan de ziel. De 'materieele opvattingen in de krankzinnigenbehandeling' waren op een 'volkomen fiasco' uitgelopen. Het onderzoek naar 'chemismen en mechanismen' had de genezing van patiënten geen stap verder gebracht. Bovendien was het 'causale denken' volgens Cox een '*inhumaan* hulpmiddel.' In plaats van 'mécanicien der hersenen' moest de gestichtsarts in de eerste plaats een 'meevoelend' 'menschenkenner' zijn en ruime aandacht schenken aan het gemoedsleven van zijn patiënten.

> Wij verlangen voor ons onderwijs opleiding in de kennis der instincten, in de kennis der algemeene richtingen in de litteratuur, in de ethnologie, in de biologie, in de philosophie, de ethiek en de religie; wij verlangen in 't kort bekend te zijn, althans geen vreemdeling te zijn op alle gebieden, waarop zich de menschelijke ziel heeft bewogen, waarin het menschelijk gemoed zijn conflicten vindt.[644]

---

[643] Carp 1942, 81; Rooijmans 1998, 36-37; De Waardt 2005, 91.
[644] Cox 1915, 472-474, 479.

De hoogleraren Jelgersma, Wiersma en L. Bouman drongen bij de Amsterdamse gemeenteraad aan op de benoeming van een hoogleraar met klinische ervaring en ze zetten samen met de voorzitter van de NVPN hun standpunt kracht bij met ingezonden brieven in kranten. Uiteindelijk werden J.K.A. Wertheim Salomonson, die al buitengewoon hoogleraar in de neurologie was, en K.H. Bouman, voormalig assistant van Winkler, eind 1915 benoemd voor respectievelijk neurologie en de combinatie van psychiatrie en neurologie. Bouman gaf blijk van een veelzijdige belangstelling: behalve met neurologie hield hij zich bezig met de sociaal-hygiënische aspecten van de psychiatrie en hij stelde zich ook open voor de psychoanalyse. Zijn benoeming markeerde duidelijk het einde van de exclusieve natuurwetenschappelijke koers die Winkler voor de universitaire psychiatrie had uitgezet.[645]

[645] De Waardt 2005, 104-108; vergelijk Abma en Weijers 2005, 61.

1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten

Ondanks het streven van met name de universitaire psychiaters naar een natuurwetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie door middel van fysiologie, neurologie en experimentele psychologie, kenmerkte het vak zich, zoals eerder aangegeven, in hoge mate door eclecticisme. De karakterisering die Voorhelm Schneevoogt gaf van het psychiatrisch vak in zijn openingsrede ter gelegenheid van zijn benoeming tot lector aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre in 1868, weerspiegelde de veelvormigheid ervan. 'Van den psychiater moet worden geëischt,' aldus Voorhelm Schneevoogt,

> dat hij kennis heeft van de physiologie, de anatomie, de embryologie van het centrale zenuwstelsel, dat hij grondige kennis heeft van de pathologie van alle organen, dat hij op de hoogte is van de pathologische anatomie, dat hij geen vreemdeling is in de wijsbegeerte, dat hij psycholoog is in den ruimsten zin des woords. Hij moet een diepen blik kunnen werpen in hetgeen men des menschen hart noemt. Hij moet kunnen individualiseeren maar hij mag niet vreemd zijn aan de sociale vraagstukken van den dag, aan de godsdienstige twistpunten, aan de politische beroeringen, aan de mercantiele, aan de industrieele en andere speculaties. De psychiater moet den geest van zijn tijd begrijpen.[646]

Met een dergelijke brede taakopvatting van de psychiater stond Voorhelm Schneevoogt niet alleen. De psychiatrische aandacht strekte zich uit van lichamelijke ziekteverschijnselen, psychopathologische symptomen en gedragsstoornissen tot de persoonlijkheid, levensgeschiedenis en leefomstandigheden van hun patiënten alsook de vermeende schadelijke sociale en culturele invloeden waaraan dezen en ook de bevolking in het algemeen bloot stonden. In hun verklaringen voor het ontstaan van krankzinnigheid en zenuwstoornissen wezen geneeskundigen niet alleen biologische factoren aan, zoals erfelijkheid, vergiftigingen en overmatige consumptie van genotmiddelen. Zij ruimden ook een belangrijke plaats in voor bepaalde gedragingen en maatschappelijke invloeden: pauperisme, gebrekkige hygiëne, zedeloosheid, masturbatie, seksuele excessen en afwijkingen, een slechte opvoeding, de groeiende discrepantie tussen de intellectuele en morele ontwikkeling van de moderne mens, vrouwenemancipatie, democratisering, de verschuiving van lichamelijke naar geestelijke arbeid, de opgeschroefde eisen in het onderwijs, prestatiedrang en mateloze sociale ambities, de zucht naar luxe en genot, en tot slot: de verhevigde strijd om het bestaan, het jachtige en hectische levenstempo in de steden en de moderne vervoersmiddelen, die geest en zenuwgestel overbelastten.[647]

De psychiatrische beschouwingen over de oorzaken van geestelijke en nerveuze stoornissen bevatten de nodige maatschappij- en cultuurkritiek. Veel artsen hamerden op het belang van zelfbeheersing, een ordelijke en evenwichtige levensstijl, matigheid,

---

[646] Geciteerd in Rümke 1951a, 1-2.

[647] Donkersloot 1881; Hulst 1884; Möbius en Ter Kuile 1884; Wijsman 1891; Jelgersma 1897a; Jelgersma 1907; Soesman 1908. Zie voor de discussies over de vermeende toename van krankzinnigheid ook 1.4.4. Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg. En over de vermeende toename van zenuwlijden: 1.6.1. Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt.

verantwoordelijkheids- en plichtsbesef en zedelijkheid als middelen om de verderfelijke invloeden vanuit de moderne samenleving af te weren. Op deze manier werden de principes van de morele therapie als het ware op de gehele samenleving van toepassing verklaard. Aangezien de beschikbare behandelingen van krankzinnigheid en zenuwaandoeningen vaak nog te wensen overlieten, zou voorkomen beter dan genezen zijn. Het hygiënisme, waarin het streven naar voorkoming van besmettelijke volksziekten als cholera, tyfus en pokken door middel van sanering en verbetering van de leefomstandigheden van de bevolking centraal stond, kon onder gestichts- en zenuwartsen op de nodige aanhang rekenen. Enkelen van hen, zoals Ramaer, Voorhelm Schneevoogt, Donkersloot, J. van Geuns, Van Cappelle en Van Andel, waren betrokken bij de hygiënistische beweging, die zich vanaf omstreeks 1850 in de NMG deed gelden. Omgekeerd zetten veel hygiënistische medici zich in voor de verbetering van de krankzinnigenzorg.[648]

De voor het merendeel met het liberalisme sympathiserende hygiënisten stelden dat een wetenschappelijk onderbouwde preventieve zorg voor de volksgezondheid een belangrijke bijdrage kon leveren aan de maatschappelijke vooruitgang, nationale regeneratie, economische voorspoed en sociale harmonie. Voorhelm Schneevoogt publiceerde in 1861 in *De Gids* een omvangrijk essay over het maatschappelijke en nationale belang van openbare hygiëne. Het ging daarbij niet alleen om de lichamelijke, maar ook om de geestelijke gezondheid van zowel het individu als het volk, zo benadrukte hij:

> hoe zou het anders mogelijk zijn bij het naauw en onverbrekelijk verband tusschen het verstandelijk, zedelijk leven van het individu, ja, van geheele volkeren en hunne ligchamelijke gezondheid en hunne maatschappelijke welvaart; een verband zoo innig, dat met verwaarloozing van het eene, het andere met ondergang bedreigd wordt. Of zijn krankzinnigheid, waanzin, zelfmoord, prostitutie, zelfs de meeste misdaden - zijn zij niet verschijnselen, die op een ziekzijn van de geheele maatschappij, of althans van enkele harer deelen heenwijzen?

Zonder gezondheid was 'geen welvaart, geene ontwikkeling, geen volmaking denkbaar.' Mensen mochten niet berusten in ziekte en vroegtijdige dood, maar ze moesten hun lot in eigen hand nemen: actief ingrijpen in de maatschappelijke omstandigheden was dringend geboden.

> Mogt Hygieia's stem daardoor een gewilliger oor, mogten hare voorschriften daardoor eene ruimere toepassing in ons vaderland kunnen vinden en mogt eens, door haren invloed, door hare magt, het Nederlandsche volk zich weer tot zijne vroegere kracht, tot zijnen vroegeren luister, tot zijne vroegere grootheid kunnen verheffen![649]

---

[648] Over de hygiënistische beweging in Nederland: Houwaart 1991.

[649] Voorhelm Schneevoogt 1861, 510, 553-555. *De Gids*, opgericht in 1837, was een belangrijke spreekbuis voor vernieuwingsgezinde artsen. Van Geuns (van 1838 tot 1864) en Voorhelm Schneevoogt (van 1848 tot 1865) waren lid van de redactie.

Het liberale burgerschapsideaal van vrije individuele ontplooiing en productieve deugd gold voor de hygiënisten als leidraad. Tegelijkertijd zagen ze de samenleving als een organisme: harmonieuze samenwerking vormde de grondslag voor sociale orde en leefbaarheid. Burgers waren het aan de gemeenschap verplicht een arbeidzaam en deugdzaam leven te leiden en om hun ontwikkelingsmogelijkheden te garanderen diende de overheid met behulp van de medische stand de nodige voorwaarden te scheppen ter bescherming van hun gezondheid: effectieve bestrijding van epidemieën, onder andere door middel van vaccinatie, riolering, vuilverwijdering, een goede drinkwatervoorziening en volkshuisvesting, verbetering van de arbeidsomstandigheden, controle op de kwaliteit van voedsel en de hygiëne in openbare gebouwen en publieke voorzieningen. Burgers hadden recht op gezondheid, maar raakten in veel gevallen buiten hun schuld ziek. Het door de hygiënisten statistisch aangetoonde verband tussen ziekte en leefmilieu en het door hen geïntroduceerde begrip volksgezondheid brachten de ziekte van het individu in verband met de bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen. Zij zagen besmettelijke volksziekten als een te bestrijden gevolg van een verkeerde organisatie van het leefmilieu, onvoldoende beschaving en een verkeerd of te passief overheidsbeleid.

Het doctrinair-liberale beginsel dat de staat zich zoveel mogelijk diende te onthouden van bemoeienis met de samenleving, stond voorstellen van de hygiënisten voor een grotere rol van de overheid op dit terrein lang in de weg. De Geneeskundige Staatsregeling, die in 1865 tot stand kwam op initiatief van J.R. Thorbecke, schreef voor dat de rijksoverheid door middel van staatsexamens toezicht uitoefende op de medische bevoegdheid en voorzag in een Geneeskundig Staatstoezicht, belast met de advisering van de minister en gemeenten op het terrein van de volksgezondheid. Dit Geneeskundig Staatstoezicht was niet zoals de krankzinnigenzorg ondergebracht bij de afdeling Armwezen, maar bij de afdeling Medische Politie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. In lijn met Thorbecke's organieke staatsleer, liet de regeling de uitvoering van de curatieve zorg over aan het particulier initiatief en delegeerde zij de bevordering van de volksgezondheid aan de provincies en gemeenten, die zich aanvankelijk afwachtend opstelden. De bevoegdheden van de inspecteurs van het Geneeskundig Toezicht op de Volksgezondheid, waren beperkt: ze mochten slechts onderzoeken en overreden en hadden geen sanctiemaatregelen tot hun beschikking. Weliswaar kreeg het Geneeskundig Staatstoezicht met de Wet tot Voorziening tegen Besmettelijke Ziekten van 1872 wettelijke bevoegdheden, maar desondanks ontplooiden de gemeenten weinig activiteiten op het terrein van de volksgezondheid. Het is opmerkelijk dat op het terrein van de krankzinnigenzorg veel eerder, in 1841, wetgeving en staatstoezicht tot stand was gekomen en dat de overheidsbemoeienis zich hier krachtiger liet gelden dan op het gebied van de algemene gezondheidszorg.

Vanaf 1870 vonden hygiënisten echter gehoor in sociaal-liberale kring en vanaf de jaren tachtig gingen steeds meer gemeentebesturen over tot maatregelen ten behoeve van de volksgezondheid.[650] W.P. Ruysch, van 1884 tot 1902 Inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en hoofd van de afdeling Medische Politie op het Ministerie van Binnenlandse Zaken, richtte in 1895 met steun van artsen, ingenieurs, economen, ambtenaren en sociaal-liberale bestuurders en politici het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling op om jaarlijks publieke

[650] Mooij 1999, 269-278.

debatten te organiseren over vraagstukken op dit terrein. Deze organisatie, die vanaf 1899 het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* uitgaf, benadrukte het belang van een actieve rol van de overheid, een uitbreiding van het Geneeskundig Staatstoezicht en wetgeving ter bevordering van de volksgezondheid. Het Congres, dat aan de basis stond van de bloei van de preventieve, sociale geneeskunde in de eerste decennia van de twintigste eeuw, was nauw betrokken bij de voorbereiding van wetgeving op het terrein van de volksgezondheid, waaronder de Gezondheidswet van 1901, die voorzag in een Gezondheidsraad als adviesorgaan van de overheid, en plaatselijke gezondheidscommissies.[651]

In het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* kwam ook de 'psychische hygiëne' aan de orde. Terwijl meer en meer lichamelijke besmettelijke ziekten met succes werden teruggedrongen, zo stelde Ruysch, vormden zenuw- en zielsziekten een steeds grotere maatschappelijke bedreiging. Enkele zenuwartsen en gestichtsgeneesheren sloten zich bij Ruysch' organisatie aan. Psychiatriebeoefenaren brachten de verspreiding van krankzinnigheid en zenuwstoornissen in verband met maatschappelijke veranderingen en omstandigheden alsook het morele peil van de samenleving, waardoor ze hun werkterrein afficheerden als een zaak van publiek belang. Toonaangevende gestichtsartsen als Cox en Tellegen vroegen in de NVPN en de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* aandacht voor de noodzaak tot preventie in de maatschappij. 'Wat van de cholera, van de pest en zooveele infectieziekten geldt, is ook toepasselijk op de krankzinnigheid; de behandeling ligt voor een groot deel in de prophylaxe', zo had Tellegen al in 1884 geschreven. Ook de actieve betrokkenheid van L. Bouman bij de zedelijkheidsbeweging - hij was voorzitter van de Middernachtzending in Amsterdam en lid van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Vereeniging tegen Prostitutie - kan in dit licht worden bezien.[652]

De psychiatrische oriëntatie op het hygiënisme werd niet alleen ingegeven door het gebrek aan succesvolle therapieën, maar kreeg ook een belangrijke impuls door de uit Frankrijk afkomstige degeneratieleer, in 1857 gelanceerd door B.A. Morel en later verder uitgewerkt door de psychiater V. Magnan.[653] In deze sociaal-biologische theorie, die voortbouwde op de Lamarckiaanse variant van de evolutieleer, stond de overerfelijkheid van door de natuurlijke en maatschappelijke omgeving veroorzaakte geestelijke en lichamelijke aandoeningen centraal. Naarmate dergelijke verworven stoornissen door middel van overerving vaker van de ene op de andere generatie werden doorgegeven zou hun gedaante veranderen en hun ernst toenemen. Van kwaad tot erger, dat was de essentie van de degeneratieleer; wat begon als een zenuwkwaaltje, slechte gewoonte, verslaving of geslachtsziekte kon zich bij de nakomelingen manifesteren in de vorm van geestesziekte, zwakzinnigheid of aangeboren misdadigheid.

De toonaangevende hoogleraren Winkler en Jelgersma ruimden een belangrijke plaats in voor degeneratie in hun ziekteleer. Beiden onderscheidden aangeboren, degeneratieve psychosen van door milieu-invloeden veroorzaakte geestesziekte, waarbij zij een latente aanleg niet uitsloten. In zijn *Leerboek der psychiatrie* beweerde Jelgersma dat er een verband bestond tussen geestelijke eigenschappen en stoornissen enerzijds en

---

[651] Houwaart 1991, 293-294.
[652] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.
[653] Over de rol van de degeneratietheorie in de Franse psychiatrie zie Dowbiggin 1991 en Nye 1984; over de verspreiding ervan in andere Europese landen zie Gilman en Chamberlain 1985; Pick 1989; Hermans 2003; Tollebeek en Vanpaemel 2003.

ras en sekse anderzijds. Ook ging hij ervan uit dat de gemiddelde frequentie van degeneratieve psychosen en chronische neurosen onder joden hoger lag dan in de rest van de bevolking. Volgens Winkler kwamen verworven geestesstoornissen vooral onder de burgerij voor, terwijl endogene psychosen voornamelijk waren aan te treffen in families die aan lager wal waren geraakt. Het diagnostiseren en tegengaan van degeneratie achtte Winkler een van de hoofdtaken van de psychiatrie.[654] Vanuit dit gezichtspunt keerde hij zich tegen studie door vrouwen. In een debat dat hij in 1898 voerde met de gynaecoloog W. Treub en de (vrouwelijke) arts C. van Tussenbroek over dit onderwerp beweerde Winkler dat vrouwenstudie tot onnatuurlijke vermannelijking zou leiden en ten koste zou gaan van de voor het moederschap benodigde energie, met alle desastreuze gevolgen voor het nageslacht.[655] Winklers opvolger aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit, K.H. Bouman, wijdde zijn oratie, *Problemen van ontaarding en begaafdheid* (1916) aan erfelijkheid en degeneratie. Behalve op de ontwrichtende gevolgen van maatschappelijke veranderingen ging hij in op de effecten van raciale vermenging, die kenmerkend zou zijn voor de bevolking van Nederland, Zuid-Duitsland en Noord-Italië. Volgens Bouman vormde deze een voedingsbodem voor zowel degeneratie als het ontstaan van genialiteit. Aan het eind van zijn rede kondigde Bouman aan dat hij zich in het bijzonder wilde richten op de preventie van psychische stoornissen, onder meer door middel van de bestrijding van alcoholisme, geslachtsziekten en kinderverwaarlozing.[656] In 1921 publiceerde hij de op een breed publiek gerichte brochure *De verbreiding van de geslachtsziekten en hare gevolgen*.

De degeneratieleer en ook het daarmee verbonden sociaal-darwinisme drongen in Nederland later door en waren hier minder invloedrijk dan in Frankrijk, België, Duitsland en de Verenigde Staten.[657] Nederlandse artsen omarmden deze leer niet zonder voorbehoud. De arts J.W. Deknatel bijvoorbeeld wees in 1895 met name op de vaagheid en meerduidigheid van het begrip degeneratie, waardoor de wetenschappelijke waarde ervan beperkt was. Het kon zowel betrekking hebben op diagnose, etiologie als prognose. Ook was de grens tussen ziekte en afwijking opgevat als variatie niet scherp gesteld.[658] Toch zijn de sporen van het degeneratiedenken tot in de jaren dertig en zelfs later in de psychiatrie terug te vinden.[659] Het vermeende gevaar van ontaarding bood een belangrijk argument om het belang van preventie door middel van hygiëne, niet alleen van het lichaam, maar ook van de geest, te onderstrepen. Overigens bracht de degeneratieleer verder geen veranderingen teweeg in de bestaande psychiatrische en neurologische praktijk. De theorie, die zowel biologische als sociaal-culturele oorzaken van krankzinnigheid en andere afwijkingen onderscheidde, bood een nieuwe legitimatie voor de gangbare eclectische benadering op het gebied van diagnose, verklaring en behandeling van geestesstoornissen.[660] Met een beroep op de degeneratieleer wezen

---

[654] De Waardt 2005, 78-80, 81-82, 90, 115-116.
[655] Bosch 1994, 143-146. Dat nam niet weg dat Winkler vrouwen als assistenten in zijn kliniek liet werken en dat vrouwen bij hem promoveerden. Zie De Waardt 2005, 83-85.
[656] De Waardt 2005, 106, 122-123.
[657] Voor een vergelijking tussen Nederland en België zie Nys et al. 2002. Over de invloed van de degeneratietheorie in de Nederlandse psychiatrie: Slijkhuis 2005; vergelijk Noordman 1989, 28-29.
[658] Deknatel 1895.
[659] Voor de doorwerking op de langere termijn zie bijvoorbeeld Carp en Fortanier 1928; Rümke 1963 en Kraft 1968.
[660] Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4; vergelijk Oosterhuis 2000, 100-112.

artsen een breed palet aan sociaal-culturele misstanden en kwalijke gewoonten als oorzaak van geestesziekte aan. Zo vroeg bijvoorbeeld H. Verkouteren in 1911 aandacht voor het gevaar van alcohol en roken, extreme armoede en rijkdom, slechte huisvesting, kinderverwaarlozing, minachting voor het huwelijk, een gebrekkige opvoeding en een overwaardering van intellect ten koste van morele vorming, met name in het moderne onderwijs.[661]

Toen de Haagse zenuwarts F.J. Soesman in 1907 voor het Hygiënisch Genootschap in zijn woonplaats een lezing hield met de titel 'Hygiène van den Geest', was hij een van de eerste medici die deze terminologie hanteerden. Soesmans moreel getoonzette betoog met de ondertitel 'Tucht als middel tegen zenuwzwakte' was typerend voor veel populariserende geschriften over de gevaren die geest en zenuwen bedreigden en de mogelijke remedies ertegen. Op basis van zijn tien jaar oude praktijk constateerde hij dat het aantal zenuwlijders schrikbarend was toegenomen. De oorzaak van de alom om zich heen grijpende zenuwzwakte, die zich kenmerkte door gebrek aan wilskracht en zelfvertrouwen en een grote prikkelbaarheid, waren ingrijpende maatschappelijke veranderingen, waardoor meer en meer mensen stuurloos waren geworden.

> De enorme vooruitgang van wetenschap en industrie, de verplaatsing der bevolking van het platteland naar de grootere centra der samenleving, de daardoor tot op de spits gedreven concurrentie, de sterk verhoogde levenseischen van den tegenwoordigen tijd, de betrekkelijk snel in het leven geroepen veranderingen op sociaal en economisch gebied, die het geheele leven zoo gecompliceerd gemaakt hebben, al deze factoren te zamen hebben in een halve eeuw tijds een ruk gegeven aan ons geestesleven.

Ook ontbrak het hen aan voldoende zelfkennis om hun opgeschroefde maatschappelijke ambities en hun daadwerkelijke capaciteiten op elkaar af te stemmen. De toegenomen individuele vrijheid en ontplooiingsmogelijkheden dreigden volgens Soesman te ontaarden in 'bandeloosheid, ordeloosheid, gebrek aan tucht', waardoor mensen het besef van hun onderlinge afhankelijkheid verloren.

Maar dit alles was geen reden voor defaitisme, aldus Soesman. Tegenover het pessimisme van het degeneratiedenken plaatste hij zijn overtuiging dat regeneratie mogelijk was. Als hoeders van de geestelijke gezondheid was hierbij voor zenuwartsen een belangrijke taak weggelegd. Het ging daarbij vooral om de verhoging van het geestelijk weerstandsvermogen van burgers door middel van het aankweken van 'strenge discipline' en 'tucht en orde':

> tucht gebaseerd op een gevoel van bescheidenheid, van ondergeschiktheid aan een hoogere orde van dingen, van onderlinge afhankelijkheid en van waardeering van anderen in het aangezicht van een gemeenschappelijk doel en op een gevoel voor orde en regelmaat. […]En wanneer wij dit doen, dan behoeven wij geenszins te vreezen, ons te zullen vervormen tot bij de pakken neerzittende, onverschillige staatsburgers, hofjesachtig tevreden met het bestaande en blind voor elken vooruitgang. Veeleer zullen eerst dan de diep in elk menschenhart zetelende

[661] Verkouteren 1911.

> eigenschappen: drang naar verbetering van de eigen positie, moed om de daarmee gepaard gaande moeilijkheden te overwinnen en zoovele andere, die aan een maatschappij haren hechten en krachtigen grondslag geven, gelegenheid krijgen zich vrijelijk, rustig en deugdelijk te ontwikkelen.

De moderne maatschappij, zo voegde Soesman daaraan toe, had vooral behoefte

> aan individuën, *die den zedelijken moed bezitten den levensstrijd met al zijne moeilijkheden te aanvaarden*, […] die niet bij kleine tegenspoeden den strijd opgeven of van richting veranderen, in weeklagen neervallen of als ontevredenen met de bestaande orde der dingen zich werpen in de armen der revolutie.[662]

Niet alleen zenuwartsen, psychologen en psychotherapeuten, maar ook andere artsen, economen, sociologen en pedagogen zouden nuttig werk op het terrein van de geestelijke hygiëne kunnen verrichten, zo suggereerde Soesman. Vooralsnog kwamen er echter geen initiatieven in deze richting van de grond, met uitzondering van psychiatrische activiteiten op het gebied van de bestrijding van alcoholisme.

Al eerder hadden artsen in verschillende Europese landen gewezen op de schadelijke gevolgen van overmatig drinken voor de gezondheid en alcoholverslaving als ziekteverschijnsel beschreven. In Nederland duurde het tot het eind van de negentiende eeuw totdat enkele artsen met een zekere regelmaat aandacht schonken aan drankzucht. Hygiënisten achtten alcohol een gevaar voor de volksgezondheid en de drankbestrijding een belangrijk middel ter verheffing van de lagere standen. Ramaer was een van de eerste Nederlandse artsen die beweerden dat excessief drinken tot krankzinnigheid kon leiden en aandacht vroegen voor de persoonlijkheidskenmerken van alcoholisten.[663] Ook andere artsen noemden alcoholisme regelmatig als een frequent voorkomende oorzaak van geestesziekte. In zijn proefschrift *Over de psychosen ten gevolge van alcoholmisbruik* (1889) stelde J. van Delden op basis van zijn onderzoek naar bijna 400 Amsterdamse alcoholisten die tussen 1880 en 1887 in een inrichting waren opgenomen, dat het drankmisbruik van de meerderheid was te wijten aan slechte gewoonten, terwijl een minderheid reeds daarvoor behept was met geestesstoornissen. Het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer* vermeldde in 1900 dat van de patiënten die in het voorgaande jaar in Meerenberg waren opgenomen, maar liefst 42 procent krankzinnig was geworden als gevolg van alcoholmisbruik.[664]

Rond de eeuwwisseling brachten sommige artsen, zoals de Apeldoornse zenuwarts P.F. Spaink, de invloedrijke verloskundige H. Treub, de medisch directeur van het alcoholistensanatorium Hoog-Hullen, A.N.J. Hanedoes van Almkerk, en K.H. Bouman alcoholisme in verband met degeneratie. Enkelen van hen bepleitten een huwelijksverbod voor alcoholici: niet alleen zou de drankzucht overerfelijk zijn, ook achtten zij het risico groot dat het nageslacht zou lijden aan geestesziekte en zwakzinnigheid.[665] Degeneratie bleef tot de Tweede Wereldoorlog een belangrijk thema in medische beschouwingen over drankmisbruik. Bouman, die vanaf 1909 leiding gaf aan

---

[662] Soesman 1908, 15, 30, 38-40, 42.
[663] Van der Stel 1995, 115; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 223.
[664] Van der Stel 1995, 200.
[665] Van der Stel 1995, 199-201; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 221-225.

een consultatiebureau voor alcoholisten, verzamelde systematisch gegevens over de patiënten, waaronder eventuele lichamelijke en geestelijke afwijkingen en hun zogenaamde antropologische kenmerken: lichaamslengte, schedelmaten, haarkleur, kleur van de ogen en afstamming. Hij was in het bijzonder geïnteresseerd in het verband tussen raciale invloeden en alcoholisme, in het bijzonder de 'kruiselingen' van het 'teutoonse' en 'alpine' ras, die in Amsterdam frequent zouden voorkomen.[666] Toen hij de resultaten van zijn onderzoek onder 300 alcoholisten in 1912 voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap presenteerde, achtte hij het echter nog te vroeg om de vraag naar de relatie tussen enerzijds alcoholmisbruik en anderzijds krankzinnigheid en criminaliteit definitief te beantwoorden: er zou meer onderzoek nodig zijn. Wel meende hij te weten dat de gevolgen van alcoholmisbruik bij vrouwen ernstiger waren dan bij mannen: de kans op psychische stoornissen was groter, genezing was moeilijker en bovendien liep de vruchtbaarheid gevaar.[667]

Binnen de medische wereld als geheel bleef de aandacht voor alcoholisme overigens beperkt. Het enthousiasme van artsen voor de drankbestrijding was verre van overweldigend en van een gericht, eensgezind streven om alcoholisme als ziekteverschijnsel onder hun competentie te brengen was geen sprake. De meeste artsen stelden zich vrij gelaten op en zagen weinig heil in het streven van drankbestrijders naar geheelonthouding. De in 1898 opgerichte Vereeniging van geheelonthouders-geneeskundigen in Nederland en zijn koloniën, later Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging voor Nederland en zijn koloniën geheten, die in het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer* een uitgesproken medische benadering uitdroeg en alcoholisme vergeleek met besmettelijke volksziekten als tuberculose en syfilis, kreeg geen grote aanhang: het ledental schommelde tussen de dertig en veertig.[668] Ook in psychiatrische kring was niet iedereen overtuigd van het gevaar van alcohol. Terwijl psychiaters als Jelgersma, L. Bouman en J. Kat, eerste geneesheer van het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik, het streven van de drankbestrijdingsbeweging onderschreven en geheelonthouding voor drankzuchtigen de beste remedie achtten, was het nog aan het begin van de twintigste eeuw niet ongebruikelijk dat in krankzinnigengestichten zowel personeel als patiënten dagelijks alcoholhoudende dranken zoals bier en wijn geserveerd kregen.[669]

Hoewel de kleine groep artsen die actief was in de alcoholismebestrijding andere accenten legde dan de drankbestrijdingsorganisaties, die excessief drinken eerder als ondeugd en maatschappelijke misstand dan als ziekte van bepaalde individuen zagen, spanden ze zich gezamenlijk in voor een opvoedkundige aanpak. Daarin stond het streven naar gedragsverandering, met name zelfbeheersing en volledige onthouding centraal.[670] De initiatiefnemer van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, Ruysch, speelde een belangrijke rol op dit terrein. Hij was tevens voorzitter van de sinds 1875 bestaande Volksbond tegen Drankmisbruik en beschouwde de medische bemoeienis met alcoholisme als een vanzelfsprekend onderdeel van het hygiënisme en de gerechtelijke psychiatrie.

---

[666] Bouman en Van der Woude 1910, 331.
[667] Van der Stel 1995, 215-218.
[668] Van der Stel 1995, 197-198.
[669] Van der Stel 1995, 202, 229.
[670] Van der Stel 1995, 189, 256-264.

Openbare dronkenschap was sinds 1881 strafbaar en recidiverende overtreders van de drankwet kwamen vaak in rijkswerkinrichtingen terecht. Drankbestrijders die betrokken waren bij de reclassering stelden vast dat deze strafinstellingen nauwelijks bijdroegen tot een duurzame gedragsverbetering van de veroordeelden. Ten einde een geneeskundig alternatief te bieden nam de Volksbond tegen Drankmisbruik in 1891 het initiatief tot de oprichting van het eerste sanatorium voor drankzuchtigen, Hoog-Hullen bij Eelde. Rond de eeuwwisseling kwamen daar nog een vijftal sanatoria bij: een particulier (christelijk) Hospitium in Veendam (1895), het protestantse sanatorium Villa Wilhelmina bij Breda (later in Beekbergen) van de Nederlandsche Vereeniging tot Christelijke verzorging van Drankzuchtigen (1896), het eveneens protestantse Uniehuis voor vrouwelijke drankzuchtigen te Beekbergen van de Nederlandsche Christen Vrouwen Geheel-Onthouders Unie (later herdoopt in Henriëtte Hartsen-kliniek), het neutrale sanatorium voor alcoholisten en neurasthenici te Voorst, (openingsjaar onbekend) en het Rooms Katholieke sanatorium St. Gerlach te Heer van de Ariënsvereniging, dat echter maar drie jaar, van 1916 tot 1919, bestond. Deze sanatoria waren niet groot: het totale aantal beschikbare plaatsen zal niet veel hoger dan honderd zijn geweest. Hoewel artsen meestal de leiding hadden over deze sanatoria, was van medische behandeling in engere zin nauwelijks sprake. De nadruk lag op heropvoeding en maatschappelijke rehabilitatie door middel van onthouding, arbeid en zo mogelijk een vakopleiding.[671]

Deze instellingen hadden dezelfde status als de sanatoria voor zenuwlijders in de zin dat ze niet onder het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten vielen en voor opname geen rechterlijke machtiging vereist was. Onder artsen waren de meningen verdeeld over de vraag in hoeverre er bij de opname en verpleging van alcoholisten dwang kon en mocht worden uitgeoefend. Ruysch, die een belangrijke rol speelde bij de oprichting van Hoog-Hullen en het medisch profiel ervan benadrukte, pleitte in de feestbundel ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de NVPN voor een 'opendeurstelsel' in plaats van een 'opsluitingssysteem'; dat laatste zou 'ondoelmatig' zijn. De zenuwarts H. Buringh Boekhoudt, die ook in de Volksbond actief was, en de geneesheer-directeur van Hoog-Hullen, Hanedoes van Almkerk, vonden daarentegen dat er een wettelijke regeling moest komen om gedwongen verpleging van drankzuchtigen mogelijk te maken. Ook Van Deventer, Jelgersma en K.H. Bouman sloten wettelijk onderbouwde dwang niet uit om alcoholisten tot geheelonthouding te bewegen.[672]

De NVPN stelde zich voorzichtiger op. Toen een gezamenlijke commissie van de NMG en de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken onder leiding van Kat in 1905 pleitte voor verpleging van alle chronisch drankzuchtigen in speciale inrichtingen op gemeenschapskosten, zo niet vrijwillig dan onder dwang, stelde de NVPN ook een commissie in die zich moest buigen over deze problematiek. Haar rapport bevestigde het standpunt dat de NVPN reeds in 1893 had verkondigd: alleen bij ernstige gevallen waarin de belangen van de betrokkene, zijn gezin of de maatschappij ernstig werden geschaad, was dwang gelegitimeerd. De meeste leden van de NVPN vonden dat het medische streven naar genezing zich moeilijk met juridische dwang liet verenigen. Geneeskundige behandeling veronderstelde vrijwilligheid en stond op gespannen voet met een 'ongemotiveerde inbreuk op de persoonlijke vrijheid', zo was in

[671] Van der Stel 1995, 189-194.
[672] Van der Stel 1995, 191, 256, 258, 264.

het rapport van de commissie te lezen.[673] Dwang zou het vertrouwen van de patiënt in de arts, de 'voortdurend inwerkende psychische invloed' en daardoor het streven naar genezing kunnen ondermijnen, stelde de rapporteur van de NVPN-commissie M.J. van Erp Taalman Kip. Elke inmenging van juridische of bestuurlijke autoriteiten in de verhouding tussen arts en patiënt had volgens hem een negatieve invloed op het genezingsproces. Daarbij verwees hij naar de ervaringen die collega's hadden opgedaan met zowel gesloten gestichten als open inrichtingen – Van Erp Taalman Kip was zelf verbonden aan een sanatorium voor zenuwlijders. 'Men maakt geen psychischen invloed door met dwang te beginnen. Laat dat toch duidelijk zijn en hier nog eens herhaald worden, want het is de kern van alles', schreef Van Erp Taalman Kip.[674]

Enkele jaren later bleken veel zenuwartsen hier toch weer anders over te denken. De NVPN onderschreef een pleidooi van de Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen uit 1910 voor dwangbehandeling van drankzuchtigen, ook als zij niet krankzinnig of crimineel waren. Ook nam de NVPN in 1913 met instemming kennis van een wetsontwerp voor de speciale behandeling van psychopaten, waarbij zij voorstelde om dwangverpleging ook mogelijk te maken voor niet-criminele alcoholisten die hun gezin te gronde richtten. Verder zou de regering consultatiebureaus voor alcoholisten en de opname van on- en minvermogende drankverslaafden in sanatoria financieel dienen te ondersteunen.[675] De regering had enkele jaren daarvoor, in 1907, echter al laten blijken weinig te voelen voor vergaande dwangmaatregelen. Naar aanleiding van het advies van een regeringscommissie om een regeling in te voeren die het mogelijk zou maken om alcoholisten onder curatele te stellen en te verplichten zich te laten opnemen in een herstellingsoord, stelde de regering dat alleen drankzuchtige criminelen en krankzinnigen voor dwangmaatregelen in aanmerking kwamen. De enige, maar belangrijke verruiming van de dwangmogelijkheden kwam tot stand met de invoering in 1915 van de voorwaardelijke veroordeling: rechters konden met de dreiging van een daadwerkelijke uitvoering van de opgelegde gevangenisstraf van drankzuchtige delinquenten eisen dat zij zich onder behandeling stelden en zich geheel van de drank onthielden. Vanaf 1928 konden misdadige alcoholisten ook te maken krijgen met dwangmaatregelen in het kader van de zogeheten Psychopathenwetten en de ondercuratelestelling.

Ten einde de maatschappelijke aanpassing van uit werkinrichtingen, gestichten en sanatoria ontslagen alcoholisten te bevorderen werden aan het begin van de eeuw plannen ontwikkeld om patronaten in het leven te roepen die voor toezicht en begeleiding zouden zorgen. Hiervan kwam echter weinig terecht, mede omdat drankbestrijdingsorganisaties zich niet zozeer toelegden op individuele hulpverlening maar veeleer streefden naar uitbanning van alcohol uit de gehele samenleving. Een ander initiatief kreeg wel handen en voeten. In Amsterdam kwamen enkele drankbestrijders en K.H. Bouman tot de overtuiging dat het beter was om drankzuchtigen hulp te bieden voordat het tot opname in een gesticht, ziekenhuis of sanatorium ofwel justitieel ingrijpen kwam, en hen te begeleiden zodat zij zich in de samenleving zouden kunnen handhaven. Met steun van de Amsterdamse afdeling van de Volksbond tegen Drankmisbruik begon in 1909 het eerste consultatiebureau voor drankzuchtigen zijn werkzaamheden: wekelijks werden op zaterdagavond, het tijdstip waarop de lonen waren uitbetaald en er veel werd gedronken,

[673] De Bruyn et al. 1906, 262.
[674] Van Erp Taalman Kip 1907, 165.
[675] Memorie 1913.

in het gebouw van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst spreekuren gehouden voor alcoholisten en hun familieleden. Bouman bracht medisch-psychiatrische deskundigheid in, terwijl de onderwijzer en drankbestrijder T.W. van der Woude de sociale en pedagogische begeleiding en de voorzitter van de Amsterdamse afdeling van de Volksbond tegen Drankmisbruik, G.M. den Tex, eventuele juridische problemen voor hun rekening namen.

Door het medische en wetenschappelijke karakter van deze instelling te beklemtonen - de tuberculosebestrijding gold als lichtend voorbeeld en het bureau zou ook moeten dienen voor onderzoek - probeerde Bouman, die in de beginperiode zijn stempel op het consultatiebureau drukte, de hulpverlening te profileren tegenover het moraliserende reddingswerk van de drankbestrijding. In de praktijk bestond de behandeling echter uit een vorm van morele heropvoeding tot zelfbeheersing door middel van vertrouwelijke gesprekken en overreding. Volledig herstel bestond uit geheelonthouding: matig drankgebruik werd niet verantwoord geacht omdat een alcoholist altijd gevaar liep weer in zijn oude fout te vervallen. Patiënten die een snelwerkend 'middeltje' hoopten te krijgen, wachtte een teleurstelling, zo schreven Bouman en Van der Woude in het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer*; ze dienden hun leefwijze en instelling te veranderen en ze moesten een nieuwe vriendenkring en vrijetijdsbesteding zoeken, bij voorkeur in een drankbestrijdingsvereniging.

> Het gesprek, dat zich met den patiënt ontspint, moet, zooals van zelf spreekt, een zeer vertrouwelijk karakter dragen. Getracht moet worden bij raadgevingen en overwegingen allen schijn van dwang te vermijden en het gesprek zoo te leiden, dat patiënt meent uit zich zelf tot het besluit gekomen te zijn, om in het vervolg geheel-onthouder te worden en den weg te volgen, hem door de leiders van het Bureau aangewezen. […] Gaat de patiënt na het eerste bezoek heen, dan moet hij zoo mogelijk de overtuiging meenemen, dat *hij* een ander mensch kan worden, en dat het overwinnen van zijn zwakheid voor een aanzienlijk deel van *hemzelf* afhangt. Het is hierbij de taak van den paedogoog, in het gevoerde gesprek, en uit de door patiënt gegeven mededeelingen over zich zelf, het aangrijpingspunt te vinden voor de krachten, die op hem ten goede kunnen inwerken.[676]

Met deze benadering distantieerden Bouman en Van der Woude zich uitdrukkelijk van de drankbestrijding in Duitsland, waarbij de politie een rol speelde. Politionele dwang paste volgens hen niet bij het Nederlandse volkskarakter en zou het streven naar genezing en wetenschappelijke kennis over alcoholisme alleen maar belemmeren. Desondanks schuwden ze een zekere controle en dwang niet. Van patiënten werd verwacht dat zij zich lieten begeleiden door een 'patroon' vanuit een drankbestrijdingsvereniging, die regelmatig aan het bureau rapporteerde. Een particuliere financiële bijdrage maakte het mogelijk om een 'vaste Controleur' aan het bureau te verbinden, wiens taak het was om zonder dat zij het merkten, 'de meest uitgebreide informatiën over de patiënten in te winnen, waardoor de leiders van het Bureau van alles, den patiënten betreffende, op de hoogte gehouden worden.'[677] Als familieleden van een alcoholist de hulp van het bureau inriepen en de patiënt niet van zins was om zich op het

[676] Bouman en Van der Woude 1910, 335-336.
[677] Bouman en Van der Woude 1910, 338.

spreekuur te melden, dan stond te bezien of hij mogelijk aan geestelijke stoornissen leed en met een rechterlijke machtiging in een gesticht viel op te nemen. Ook kon in ernstige, hopeloze gevallen in het belang van vrouw en kinderen een echtscheiding worden overwogen. Verder kwam het consultatiebureau met de justitiële en politieautoriteiten overeen dat een strafzaak of een eventuele veroordeling van overtreders van de drankwet kon worden opgeschort op voorwaarde dat zij zich onder behandeling van het bureau stelden en naar geheelonthouding streefden. Als zij daarin slaagden dan was uiteindelijk kwijtschelding van de straf mogelijk. Met deze afspraak werd vooruitgelopen op de voorwaardelijke veroordeling die in 1915 wettelijk mogelijk werd. 'Op deze wijze kunnen twee gewichtige voordeelen behaald worden', meenden Bouman en Van der Woude:

> 1e heeft de patiënt geruimen tijd het dreigende vonnis als een zwaard van Damocles boven zich, wat hem een prikkel is, om te blijven volharden, in de hoop zoodoende een beter lot te verwerven; en 2e geeft ieder volgend uitstel hem het sterkende gevoel, dat ook *hij* nog wel tot volharding in staat is en dat ook *hij* nog wel iets kan bereiken. En dit is van het grootste paedagogische belang.[678]

Mede omdat Bouman en Van der Woude zitting hadden in het bestuur van de Amsterdamse afdeling van het Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen erkende Justitie het consultatiebureau in 1912 als reclasseringsinstelling. Als ook de beschikbare middelen om dwang uit te oefenen niet hielpen, zo stelde Van der Woude, restte er niets anders dan verwijdering van alcoholisten uit de samenleving en hun internering in een 'kolonie'.[679]

Hoewel de toeloop niet overweldigend was - in het eerste jaar werden 96 patiënten in behandeling genomen en in de jaren tien varieerde het aantal nieuwe patiënten per jaar tussen 127 en 258 - bleek het bureau levensvatbaar.[680] In 1912 werd de Vereeniging tot Instandhouding van het Consultatie Bureau voor Alcoholisme opgericht om structureel financiering voor het bureau te verwerven door middel van bijdragen van leden, donateurs en begunstigers en het aanvragen van subsidies van gemeente en rijk. De afdeling Amsterdam van de Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen leverde een financiële bijdrage voor het uitoefenen van toezicht door het bureau op ontslagen patiënten uit Hoog-Hullen en Justitie vergoedde het reclasseringswerk. Vanaf 1914 subsidieerde de Amsterdamse gemeenteraad het consultatiebureau.[681] Aanvankelijk hielden Bouman en Van der Woude hun spreekuren in de vrije avonduren, maar al gauw maakte de laatste er zijn werkdag van en vanaf 1914 kreeg J.H. Varenkamp als 'vol ambtenaar' een aanstelling aan het bureau, terwijl er een tweede spreekuur werd ingesteld. Al in 1912 stelde Bouman in een voordracht voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap dat het drankmisbruik mede door het werk van het bureau afnam.[682] Twee jaar later beweerde hij dat niemand het succes ervan kon ontgaan:

---

[678] Bouman en Van der Woude 1910, 340.
[679] Van der Stel 1995, 227.
[680] Bouman en Van der Woude 1910, 344 en Kat 1941, 457-458.
[681] Bakker en Van der Velden 2004, 52.
[682] Zie over het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap: 1.9. De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie.

het aantal dronkaards op straat en het aantal gevallen van delirium tremens verminderde.[683]

Nadat het eerste consultatiebureau in Amsterdam zijn bestaansrecht had bewezen, gaf Ruysch er wijd en zijd bekendheid aan.[684] Al gauw kregen andere steden soortgelijke consultatiebureaus. In Rotterdam, Leiden, Den Haag, Groningen, Haarlem, Hilversum, Deventer, Utrecht, Winschoten, Zaandam, Zeist en Zwolle werden in samenwerking met diverse drankbestrijdingsorganisaties algemene bureaus opgericht, terwijl in Helmond, Den Bosch, Breda, Venlo, Nijmegen en Tilburg en ook in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag katholieke bureaus vanuit de Vereeniging tot bevordering van de verpleging van Katholieke drankzuchtigen in Nederland, het dr. Ariënsfonds, tot stand kwamen. Alleen Rotterdam en later ook Arnhem kenden protestants-christelijke bureaus. De aanpak van de confessionele bureaus verschilde niet wezenlijk van die van de neutrale instellingen. De benadering was overwegend pedagogisch, waarbij in de confessionele instellingen ook een beroep werd gedaan op het godsdienstig besef. De meeste bureaus werkten met vrijwilligers en een zenuwarts die eens in de week in de avonduren spreekuur hield. Het Rotterdamse algemene bureau was het enige dat zich in omvang met dat in Amsterdam kon meten. Voor de financiering waren de meeste bureaus aangewezen op particuliere bijdragen en steun van drankbestrijdingsverenigingen. Alleen in de grote steden kwam er net als in Amsterdam ondersteuning van de gemeente en daarnaast ontvingen sommige bureaus rijkssubsidies voor het reclasseringswerk dat ze uitvoerden.[685]

[683] Kat 1941; Van der Stel 1995, 217-218.
[684] Van der Stel 1995, 205.
[685] Van der Stel 1995, 243-245; Blok 2007, 153-164.

1.9. De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie

Reeds achttien jaar voor de oprichting van de NVP, in 1853, had Ramaer met het *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregtelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* een poging ondernomen om de saamhorigheid en het wetenschappelijke peil van gestichtsartsen te bevorderen. Zoals de titel onderstreepte, ruimde het tijdschrift een prominente plaats in voor de gerechtelijke geneeskunde. Hiermee trachtte Ramaer de psychiatrie onder de aandacht te brengen van juristen, met name van degenen die als bestuursambtenaar werkzaam waren, zodat de overheid meer oog zou krijgen voor de krankzinnigenzorg. Hij slaagde niet in deze opzet: vanwege een gebrek aan abonnees was het eerste Nederlandse psychiatrische tijdschrift maar twee jaargangen beschoren. Ook zijn streven naar een uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein in de richting van de strafrechtspleging leverde weinig resultaten op. In plaats van gewone gerechtelijk geneeskundigen zouden juristen volgens Ramaer gestichtsgeneesheren moeten inschakelen als zij twijfelden aan de toerekeningsvatbaarheid van verdachten.[686] De toenmalige rechtsopvattingen en de strafrechtspraak in Nederland boden echter slechts in beperkte mate ruimte voor de inschakelijking van medici.

De onder het bewind van Napoleon geïntroduceerde *Code Pénal*, die tot 1886 van kracht bleef, was gebaseerd op het uit de Verlichting stammende klassieke strafrechtsprincipe dat verdachten alleen veroordeeld konden worden voor objectiveerbare daden waarvoor zij verantwoordelijkheid droegen: geen straf zonder misdaad en schuld was het uitgangspunt. Mede om rechtsonzekerheid en willekeur uit te bannen en de strafmaat af te stemmen op de ernst van de misdaad - het proportionaliteitsbeginsel - dienden de persoonlijkheid van daders, hun verleden en hun maatschappelijke achtergrond buiten beschouwing te blijven. Alleen verdachten van wie niet betwijfeld kon worden dat zij volkomen krankzinnig waren, kwamen in aanmerking voor ontslag van rechtsvervolging omdat zij als volledig ontoerekeningsvatbaar golden. In dergelijke gevallen konden het Openbaar Ministerie of hun familieleden vervolgens middels een civielrechtelijke procedure een dwangopname in een krankzinnigengesticht bewerkstelligen. Eerst dan kwam er een arts aan te pas aangezien voor opname in een gesticht een medische verklaring vereist was.

Tot het eind van de negentiende eeuw werd in de Nederlandse rechtspleging slechts in geringe mate beroep gedaan op medische deskundigheid om vast te stellen of verdachten geestesziek waren. Krankzinnigenartsen die hierin verandering wilden brengen, vonden amper gehoor bij juristen; tegenover de gevestigde rechterlijke macht kon de jonge psychiatrie geen vuist maken - zoals we ook hebben gezien bij de totstandkoming van de Krankzinnigenwetten.[687] De *Code Pénal* onderscheidde geen gradaties tussen volledige verantwoordelijkheid en volledige ontoerekenbaarheid en rechters hadden blijkbaar geen behoefte aan geneeskundige adviezen. Ontslag van rechtsvervolging wegens krankzinnigheid kwam niet vaak voor. Het oordeel over de toerekenbaarheid van misdadigers was een juridische en geen medische bevoegdheid. De

---

[686] Vijselaar 1995a, 9-11; vergelijk Van der Esch 1975-1980, I: 48.

[687] Tammenoms Bakker 1957, 161; Weijers 1995, 61; Weijers 1996, 191; Weijers 2003; Koenraadt 1995, 112; Van Ruller 1991; Weijers en Koenraadt 2007, 8. Zie over de Krankzinnigenwetten ook 1.1.2. Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland en 1.4.2. De tweede Krankzinnigenwet.

gerechtelijke psychiatrie kwam in Nederland later tot ontwikkeling dan in met name Frankrijk en Groot-Brittannië, waar artsen vanaf het midden van de negentiende eeuw enige invloed in het juridische domein verwierven en verdachten met psychische stoornissen wisten vrij te pleiten van strafvervolging. Aan de hand van nieuw gedefinieerde ziektebeelden als monomanie, insania moralis en psychopathie, die het gevoelsleven en het morele besef van mensen zouden aantasten terwijl de verstandelijke vermogens grotendeels intact bleven, brachten zij naar voren dat sommige verdachten deels en vaak niet direct zichtbaar geestelijk gestoord waren. Deze delinquenten verdienden op grond van hun aangetaste schuld- en verantwoordelijkheidsgevoel geen straf maar medische behandeling.[688]

Met zijn *L'uomo delinquente* (1876) zette de Italiaanse arts C. Lombroso de toon voor de crimineel-antropologische benadering van misdaad. Deze veronderstelde dat een groot deel van de wetsovertreders behept was met een aangeboren criminele aanleg, die zich kenmerkte door bepaalde lichamelijke en geestelijke eigenschappen en die te verklaren viel als een vorm van atavisme, een terugval naar een 'primitieve' fase in de evolutie van de mensheid. Mede doordat de empirische bewijsvoering door middel van antropometrisch onderzoek te wensen overliet, ontstond naast de Italiaanse crimineel-antropologische school in Frankrijk onder leiding van de psychiater A. Lacassagne een tegenstroming in de nieuwe wetenschap van de criminologie, die nadruk legde op de invloed van de fysieke en sociale omgeving op misdadig gedrag. Op verschillende internationale crimineel-antropologische congressen - in Rome (1885), Parijs (1889), Brussel (1892), Genève (1896), Amsterdam (1901), Turijn (1911) en Keulen (1911) - vonden confrontaties tussen de twee scholen plaats, waarbij de tegenstellingen geleidelijk verwaterden. Mede onder invloed van de degeneratietheorie met haar nadruk op de overerfelijkheid van verworven eigenschappen konden de biologische en de milieubenadering in verschillende gradaties met elkaar worden gecombineerd. Bovendien waren de gemeenschappelijke uitgangspunten van de twee richtingen even belangrijk als de geschillen. Ten eerste betwistten beide het uitgangspunt van het klassieke strafrecht, het bestaan van de vrije wil en de individuele verantwoordelijkheid: de moderne wetenschap zou aantonen dat menselijk gedrag (biologisch dan wel sociaal) gedetermineerd was. Ten tweede baseerden beide zich op een medisch diagnose-therapie model: misdaad was niet louter een ethisch-juridische kwestie, maar veelmeer een pathologisch verschijnsel, waarvoor op basis van (natuur)wetenschappelijke kennis een remedie zou zijn te vinden. Misdaadbestrijding zou niet alleen tot de competentie van juristen behoren, ook voor biologen, artsen, psychologen en sociologen was een rol op dit terrein weggelegd.[689]

Niet lang na het ontstaan van de criminele antropologie kwamen er ook in de rechtswetenschap nieuwe denkbeelden op omtrent de bestrijding van misdaad. De aanzet daartoe kwam van de Oostenrijkse jurist F. von Liszt, die in 1883 zijn oratie als hoogleraar aan de Universiteit van Marburg hield. Daarin betoogde hij dat niet vergelding, maar bescherming van de maatschappij het hoofddoel van het strafrecht diende te zijn en pleitte hij voor nauwgezette afstemming van de strafmaatregelen op de aard van de misdadiger. Gelegenheidsdelinquenten moesten met tijdelijke

---

[688] Foucault 1978; Smith 1981; Goldstein 1987; Harris 1989; Velle 2002; De Smaele 2002; Weijers en Koenraadt 2007, 4-11.
[689] Van Weringh 1986; Becker en Wetzell 2006; Mucchielli 2006; Kaluszynski 2006.

vrijheidsstraffen worden afgeschrikt, voor verbeterlijke misdadigers beval hij heropvoeding aan en voor de recidiverende en onverbeterlijke criminelen was langdurige isolatie de enige oplossing. Terwijl in het klassieke strafrecht de vergelding van gepleegde misdaden voorop stond, gaf de Nieuwe Richting voorrang aan het streven naar preventie van crimineel gedrag. Door de aandacht te richten op de persoonlijkheidskenmerken en motieven van verdachten zou het mogelijk zijn gevaarlijke en recidiverende misdadigers te identificeren en door middel van bijzondere maatregelen onschadelijk te maken. Samen met de Nederlandse jurist en liberale politicus G.A. van Hamel en de Belgische jurist A. Prins richtte Von Liszt zes jaar later de Internationale Kriminalistische Verein op om de zogenaamde 'Nieuwe Richting' uit te dragen.

Naast de Utrechtse hoogleraar strafrecht D. Simons was Van Hamel in Nederland de belangrijkste pleitbezorger van de Nieuwe Richting. Zij stonden een strafrechtspolitiek voor die niet de individuele misdaad en schuld, maar bescherming van de maatschappij tegen criminaliteit vooropstelde. Om de misdaad terug te dringen moesten strafrechtelijke sancties en andere beveiligingsmaatregelen, zoals langdurige isolatie, worden afgestemd op de eigenschappen van diverse wetsovertreders en het gevaar dat zij voor de gemeenschap vormden. De Nieuwe Richting vond weerklank omdat het bestaande strafrecht niet had geleid tot minder criminaliteit en recidive. Bovendien kwamen er steeds meer bezwaren om psychisch gestoorden te bestraffen. Evenmin als de criminele antropologie was de Nieuwe Richting in het strafrecht in eerste instantie gericht op een grotere rechtsbescherming en humane bejegening van misdadigers. De beveiliging van de maatschappij stond voorop. Pas op de langere termijn zou de belangstelling voor het criminele individu vergezeld gepaard gaan van een milder strafklimaat.[690]

Medici grepen de Nieuwe Richting en de criminele antropologie aan om zich in te zetten voor psychiatrische inbreng in de strafrechtspleging en de behandeling van gestoorde delinquenten. Mede onder invloed van de groeiende psychiatrische aandacht voor insania moralis (morele waanzin) en psychopathie in de jaren 1880-1910 beoordeelden zij immoreel, afwijkend en lastig gedrag in toenemende mate als symptomen van geestesstoornissen.[691] Onder invloed van de criminele antropologie en het werk van Lombroso in het bijzonder ijverden behalve de arts A. Aletrino, vanaf 1899 privaatdocent in de criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam, met name Winkler en Jelgersma in het laatste decennium van de negentiende eeuw voor uitbreiding van de psychiatrische competentie in de rechtspraak, vooral als het om de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten ging. De ondergeschikte en marginale rol van psychiaters in de rechtspraak was hun een doorn in het oog. In wetenschappelijk opzicht zouden medici meer in huis hebben dan juristen: alleen psychiaters beschikten over een betrouwbaar diagnostisch instrumentarium om te bepalen welke verdachten geestelijk gestoord waren en daarom speciale behandeling verdienden. Zij wilden pathologische misdadigers niet van gevangenisstraf uitsluiten, maar daarnaast achtten zij verdere internering en behandeling in een speciaal gesticht gewenst. Aangezien rechters niet in staat waren een medische diagnose in juridische termen te vertalen, kwam deze taak toe aan psychiaters, aldus Jelgersma. Verder pleitte Jelgersma voor psychiatrisch onderzoek bij alle verdachten, de aanstelling van psychiaters in gevangenissen en preventief

[690] De Ridder 1987; Franke 1990, 484; Weijers 1996, 192; Dankers en Van der Linden 1996, 169-171; Mooij 1998, 81; Slijkhuis 2002; Kelk 2007, 79-81.
[691] Draaisma 1995 en Slijkhuis 2002.

geneeskundig ingrijpen: psychopaten die (nog) geen misdaad hadden gepleegd zouden aan een psychiatrische dwangbehandeling moeten worden onderworpen. Artsen moesten op basis van gelijkwaardigheid met juristen een belangrijke rol in de rechtspleging spelen.[692] Winkler stelde zich weliswaar terughoudender op, maar ook hij was van mening dat de beveiliging van de maatschappij tot het takenpakket van de psychiater behoorde. Zo stelde hij als hoogleraar in Amsterdam tijdens een staking bij het energiebedrijf zijn kliniek beschikbaar voor de politie om potentiële onruststokers onder medisch toezicht te stellen en zo voor de duur van de staking onschadelijk te maken.[693]

Weliswaar kregen maatschappelijke omstandigheden aandacht in Winklers en Jelgersma's beschouwingen over criminaliteit, maar de nadruk lag op de erfelijke aanleg: evenals krankzinnigheid zou immoreel gedrag vaak wijzen op degeneratie. Zijn eerste ervaringen als arts direct na zijn studietijd, in de binnenstad van Utrecht, hadden Winkler naar eigen zeggen bewust gemaakt van het grote belang van erfelijkheid.

> Het was een verschrikkelijke buurt, vol armlastigen en verongelukten in het maatschappelijk leven. Men vond er de Botersteeg, de Stroosteeg, de Galekopsteeg en de Reet in de muur, bevolkt met prostituées, souteneurs, misdadigers en andere door de maatschappij uitgestootenen. Daar praktiseerde ik als 'dokter Kees' ongeveer een half jaar lang. Vele ongelukkigen, die ik er behandelde, stamden volstrekt niet uit de lagere klassen der maatschappij, integendeel, verloopen telgen uit adellijke geslachten, zoons of dochters uit intellectueele kringen waren daar terecht gekomen. Voor het eerst ging toen mijn oog open voor de stelling, dat niet zoozeer het milieu, waaruit zij komen, maar allereerst de persoonlijke factor een rol speelt bij hun vorming. Toen begreep ik eerst de beteekenis van Lombroso's boek 'L'uomo delinquente'. Maar naast deze ongelukkigen heb ik in hun omgeving ook vele personen ontmoet, die ik zeer hoog heb geacht. Zij waren voor mij het bewijs, dat het er niet op aankomt of men in een eendenkooi geboren is, als men maar uit een zwanenei is gekropen.[694]

Ook geloofden Winkler en Jelgersma dat geboren misdadigers zich door bijzondere anatomische kenmerken onderscheidden. Daadwerkelijk onderzoek op dit gebied was vrij schaars. In de jaren 1894-1896 verrichtte Winkler met toestemming van de Minister van Justitie uitgebreide schedelmetingen bij vijftig voor moord veroordeelden in de gevangenis van Leeuwarden. De resultaten werden vergeleken met de bevindingen van twee andere artsen die soortgelijk onderzoek hadden uitgevoerd bij recruten en krankzinnigen. Hoewel de vergelijking slechts geringe verschillen opleverde tussen enerzijds de misdadigers en krankzinnigen en anderzijds de normale doorsnede van de bevolking, bevestigde dit onderzoek volgens Winkler de juistheid van Lombroso's ideeën. Hij vond dat gestoorde delinquenten niet in de gevangenis maar onder behandeling van een arts moesten komen. Als er maar voldoende objectief onderzoek plaatsvond, was de juiste diagnose te stellen en een passende behandeling toe te passen.[695]

---

[692] Draaisma 1995; Slijkhuis 2002; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.
[693] De Waardt 2005, 82.
[694] Winkler-Junius 1947, 31.
[695] Draaisma 1995; Winkler-Junius 1947, 82-83.

Ook Jelgersma kon zich in de Lombrosiaanse benadering vinden, met de kanttekening dat een misdadige aanleg eerst ontstond nadat meerdere opeenvolgende generaties slechte eigenschappen hadden doorgegeven en gelijksoortige kenmerken ook voorkwamen bij alcoholisten, epileptici en hysterici. Bovendien achtte hij ook aandacht voor slechte milieu-invloeden nodig. Een inferieure aanleg was weliswaar een belangrijke voorwaarde voor een misdadige inslag, maar vaak bepaalden invloeden uit de omgeving of de neiging zich al dan niet uitte in daden. Op het derde crimineel-antropologisch congres in Brussel, dat hij samen met Winkler en Van Hamel bezocht, pleitte Jelgersma evenals Van Hamel voor een toenadering tussen de Italiaanse en Franse school.[696]

Naast de Lombrosiaanse en Franse criminele antropologie kwam in Nederland een meer psychologische en een sociologische benadering van misdaad tot ontwikkeling, waarvoor respectievelijk de filosoof en experimenteel-psycholoog Heymans samen met de psychiater Wiersma aan de Groningse universiteit en de jurist W.A. Bonger de grondslag legden.[697] Rond de eeuwwisseling ontwikkelden Heymans en Wiersma op basis van biografisch onderzoek en de zogenaamde temperamentenleer een classificatiesysteem van karaktertypen, die schematisch werden weergegeven in de zogenaamde kubus van Heymans. Hun bevindingen en die van hun promovendi omtrent 'de psychologie van den misdadiger' waren genuanceerder dan die van de criminele antropologie.[698] Niet alleen bepleitten zij, voor zover het om de causale verklaring van misdaad ging, een middenweg tussen erfelijke aanleg en omgeving, ook ontkenden zij dat misdadigers een duidelijk identificeerbare groep op basis van gemeenschappelijke karaktereigenschappen vormden: misdaden zouden op uiteenlopende temperamenten zijn terug te voeren. Wel meenden Heymans en Wiersma dat er een verband bestond tussen misdadige neigingen en een gebrekkig vermogen om emoties, impulsen en driften te beheersen en te kanaliseren. De psychologische nuanceringen van de Groningse School ten spijt, pleitte een vertegenwoordiger evan, W.A. Pannenborg, voor een doeltreffende 'criminele politiek' gericht op het onschadelijk maken van criminelen en de belemmering van hun voortplanting door middel van huwelijksverbod, isolering, castratie of sterilisatie.[699]

De meer sociologische benadering van misdaad kreeg in Nederland een uitgesproken pleitbezorger in de figuur van Bonger die internationale bekendheid verwierf met zijn proefschrift *Criminalité et conditions économiques* (1905) en in 1922 hoogleraar criminologie en sociologie aan de Universiteit van Amsterdam werd. Waar de criminele antropologie en de temperamentenleer de oorzaken van crimineel gedrag in de lichamelijke en psychische kenmerken van het individu zochten, wees Bonger op de samenleving, in het bijzonder de sociaal-economische kenmerken van het kapitalisme. In de gerechtelijke psychiatrie had Bongers benadering evenwel weinig invloed. In psychiatrische rapporten stonden de fysieke en geestelijke eigenschappen van verdachten centraal en kregen de maatschappelijke omstandigheden vrijwel geen aandacht.[700]

---

[696] Carp 1942, 35-36; Franke 1990, 456-457; Winkler-Junius 1947, 75.
[697] Van Weringh 1986, 43-72; Franke 1990, 577-579; vergelijk De Roos 1914.
[698] De biografische methode werd toegepast in promotieonderzoek door Van Dijck 1905; Pannenborg 1912; De Graaf 1914. Over het onderzoek van de 'Groningse School' zie Nagel 1966.
[699] Noordman 1989, 69-71.
[700] Pouw 1985, 12.

In het laatste decennium van de negentiende eeuw wonnen de Nieuwe Richting en de criminele antropologie aan invloed in de rechtspraak. Het aantal ontoerekeningsvatbaar verklaarde en van strafvervolging ontslagen misdadigers dat in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik belandde, steeg van zestien in de jaren 1885-1890 naar 130 tussen 1900-1905. Het merendeel behoorde tot de arbeidersklasse en was veroordeeld wegens diefstal, brandstichting, geweldpleging en ontucht met minderjarigen.[701] De Krankzinnigenwet schreef voor dat bepaalde groepen krankzinnigen die ten laste kwamen van het rijk - militairen, mensen zonder vaste woonplaats, gedetineerden en ontoerekenbaar verklaarde overtreders van de strafwet - in een rijksinrichting moesten worden opgenomen. Vooral de strafrechtelijke categorie, waarvoor een gesloten afdeling met hoge muren, cellen en militaire bewaking was ingericht, groeide snel vanaf het laatste decennium van de negentiende eeuw. Het gesticht van Medemblik was ingericht voor 480 patiënten, maar aan het begin van de jaren negentig telde het al meer dan 500. Vooral de strafrechtelijke afdeling, die tussen 1884 en 1915 in totaal 823 gedetineerden en 654 ontoerekeningsvatbaar verklaarde delinquenten huisvestte, kampte al gauw met overbevolking. Het strenge regime en de frequente toepassing van dwangmaatregelen konden niet verhinderen dat er zich voortdurend ordeproblemen en ontvluchtingen voordeden. De opening in 1898 van het Rijksgesticht te Grave voor vrouwen, dat patiënten uit Medemblik overnam, verlichtte de capaciteitsproblemen enigszins.[702]

De psychiatrische bemoeienis met de strafrechtspleging was niet onomstreden en stuitte op hindernissen. Het nieuwe Nederlandse Wetboek van Strafrecht, dat in 1886 de Franse *Code Pénal* verving, ademde in grote lijnen de geest van de Klassieke School en niet die van de Nieuwe Richting. Straf als vergelding van schuld bleef richtsnoer. Volgens de letter van de wet kon alleen de wetsovertreder die wegens een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens' volkomen ontoerekeningsvatbaar waren verklaard, worden ontslagen van rechtsvervolging.[703] Met de bevoegdheid om dergelijke delinquenten voor ten hoogste een jaar in een krankzinnigengesticht te plaatsen, kreeg de strafrechter een instrument in handen hen tijdelijk uit de maatschappij te verwijderen.[704] Het was echter niet noodzakelijk dat een arts de geestelijke gestoordheid van een verdachte vaststelde. Rechters bepaalden of medische expertise nodig was en ook het oordeel over de toerekenbaarheid bleef aan hen voorbehouden. De aanhangers van klassieke strafrechtsprincipes onder hen betwijfelden de relevantie van de psychiatrische inbreng.

De pleitbezorgers van de Nieuwe Richting en de gerechtelijke psychiatrie brachten daartegen in dat het in de bestaande rechtspraktijk ontbrak aan concrete mogelijkheden om gestoorde recidivisten blijvend onschadelijk te maken en op die manier de criminaliteit substantieel terug te dringen. Ten eerste ging het strikte juridische onderscheid tussen toerekenbaar en ontoerekenbaar in de ogen van psychiaters voorbij aan de veel omvangrijkere categorie van de zogenaamde 'grensgevallen': wetsovertreders

---

[701] Pouw 1985, 13, 15, 21-23; Franke 1990, 437.
[702] Pouw 1985, 3-4; Franke 1990, 436-437; Koenraadt 1995, 113; Weijers 2003, 8.
[703] Weijers 2003, 8. Dezelfde formulering kwam in de tweede Krankzinnigenwet voor met betrekking tot de opname van ontoerekenbaar verklaarde delinquenten in een krankzinnigengesticht.
[704] De strafrechter kreeg hiermee dezelfde bevoegdheid als de civiele rechter volgens de Krankzinnigenwet. Weijers en Koenraadt 2007, 11-12.

die weliswaar niet aan krankzinnigheid leden, maar wel behept waren met geestelijke stoornissen zoals insania moralis, waardoor het hen ontbrak aan besef van goed en kwaad. Tussen gezondheid en ziekte bestonden geen scherpe grenzen, zo schreef de Amsterdamse psychiater en privaatdocent in de gerechtelijke psychiatrie F.S. Meijers: 'men kan den psychiater niet het recht ontzeggen tot oordeelen bevoegd te zijn op een ruimer gebied van geestelijke levensuitingen, dan uitsluitend en alleen op dat der geesteszieken.'[705] Deze min of meer verminderd toerekeningsvatbaar verklaarde delinquenten bleven doorgaans echter buiten het gezichtsveld van medici en kwamen na het uitzitten van een langere of kortere vrijheidsstraf weer in de maatschappij terecht, zonder dat zij een psychiatrische behandeling hadden ondergaan, waardoor de kans op recidive groot was. Het ging grotendeels om wetsovertreders die zich weliswaar schuldig maakten aan relatief lichte vergrijpen, maar die vanwege hun vermeende ongeregelde en asociale leefwijze wel voortdurend voor maatschappelijke overlast zouden zorgen: notoire alcoholisten, bedelaars, zakkenrollers, oplichters, souteneurs en dergelijke. De vraag of zij in de eerste plaats crimineel dan wel gestoord waren en op welke manier ze het beste konden worden aangepakt, riep veel discussie op in juridische en psychiatrische kringen. De groeiende aandacht voor de grensgevallen stimuleerde de ontwikkeling van de forensische psychiatrie.[706]

Ten tweede wezen medici en ook juristen die de Nieuwe Richting aanhingen op de beperkte mogelijkheden om het gevaar dat gestoorde misdadigers vormden, te bezweren. Weliswaar konden krankzinnige, geheel ontoerekeningsvatbaar verklaarde misdadigers onder dwang in een gesticht worden geplaatst, maar het was de vraag of deze maatregel een afdoende oplossing bood. Met uitzondering van de rijksinrichting in Medemblik waren krankzinnigengestichten niet berekend op dit soort patiënten. Bovendien kwamen zij vroeger of later weer op vrije voeten, waarbij er geen enkele garantie bestond dat zij van hun psychopathische geaardheid waren genezen. Mede om deze reden zouden veel rechters terughoudend zijn geweest met ontslag van rechtsvervolging wegens krankzinnigheid.[707] Met name gestichtsartsen wezen erop dat de toch al overbevolkte gestichten als geneeskundige instellingen niet geschikt waren voor gedragsgestoorde en soms gewelddadige delinquenten: het ontbrak aan adequate beveiliging en therapie. Naar schatting één à twee procent van de gestichtsbevolking zou bestaan uit lijders aan insania moralis en andere gevaarlijke en tot misdaad neigende patiënten. De meeste gestichtsartsen waren hen liever kwijt dan rijk omdat zij ordeproblemen veroorzaakten, een verderfelijke morele invloed op andere patiënten en het verplegend personeel zouden uitoefenen en voortdurend in de gaten en in bedwang moesten worden gehouden, waardoor de zorg voor rustige krankzinnigen in het gedrang dreigde te komen.[708]

Zowel artsen als vertegenwoordigers van de Nieuwe Richting drongen er rond de eeuwwisseling op aan om geestelijk gestoorde delinquenten, zowel krankzinnigen als grensgevallen, die een gevaar voor de samenleving vormden, onder dwang in een aparte inrichting te interneren. Het zogenaamde *prison-asile* dat zij voorstonden, een combinatie van gevangenis en gesticht, zou niet alleen de krankzinnigengestichten ontlasten, maar

[705] Meijers 1913, 11; vergelijk De Roos 1914.
[706] Slijkhuis 2002; Weijers 2003, 10; Weijers en Koenraadt 2007, 12-16, 21-24..
[707] Pouw 1985, 13.
[708] De Ridder 1987, 340; De Ridder 1991b, 45; Slijkhuis 2002, 323.

het ook mogelijk moeten maken om deze groep min of meer ontoerekeningsvatbare en recidiverende criminelen langer uit de maatschappij te verwijderen dan het juridische proportionaliteitsprincipe toeliet.[709]

Het pleidooi voor deze nieuwe instelling had nog een andere achtergrond. Mede als gevolg van de invoering vanaf omstreeks 1850 van het cellulaire gevangenisstelsel en de eenzame opsluiting, bedoeld om gedetineerden tot morele inkeer te brengen, deden zich in toenemende mate geestelijke problemen onder hen voor.[710] Deze traden steeds duidelijker aan het licht, aangezien na de invoering van de Krankzinnigenwet van 1884 geesteszieken in gevangenissen onder de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten vielen. De inspecteurs stuitten in gevangenissen, aldus Franke in zijn studie over de geschiedenis van het Nederlandse gevangeniswezen, op 'voedsel weigerende, gillende, razende, huilende, versufte, hallucinerende en zwaar paranoïde mensen aan die celruiten kapot sloegen, zich met eigen uitwerpselen besmeurden, zichzelf verwondingen toebrachten of poogden zichzelf om het leven te brengen.'[711]

Hoewel artsen en gevangenisfunctionarissen het vóórkomen van geestesstoornissen onder gedetineerden niet rechtstreeks aan de eenzame opsluiting weten - deze zouden meestal al in aanleg aanwezig zijn geweest - konden zij er niet omheen dat vanuit de gevangenissen naar verhouding een veel groter aantal mensen in krankzinnigengestichten moest worden opgenomen dan vanuit de vrije maatschappij. Rond 1870 ging het om zes keer zoveel en rond de eeuwwisseling om maar liefst dertig keer zoveel opnamen.[712] De Deventer gestichtsgeneesheer L.S. Meijer, die in 1899 twee artikelen over deze problematiek in *De Gids* publiceerde, beweerde dat de frequentie van geestesstoornissen in gevangenissen tien keer hoger lag dan in de samenleving; het ging om minstens één op de twintig gedetineerden. Het viel volgens hem niet te ontkennen dat de individuele cellulaire opsluiting hier in hoge mate debet aan was. [713] Twaalf jaar later signaleerde J. Casparie, geneesheer van de in 1880 geopende Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch voor gedetineerden met geestelijke problemen, dat het aantal psychisch gestoorden dat in de gevangenis terechtkwam, als gevolg van de grotere invloed van de gerechtelijke psychiatrie afnam, maar dat nog altijd vijftien tot twintig procent van de gedetineerden aan zwakzinnigheid of geestesziekte leed en eigenlijk niet in de gevangenis, maar in een gesticht thuishoorde.[714] In Groningen vroeg de arts S. van Mesdag, vanaf 1900 verbonden aan de Rijkswerkinrichting in Veenhuizen en de strafgevangenis van Groningen, aandacht voor de problematiek van gedetineerden met geestelijke stoornissen. Gevangenisbewaarders moest volgens hem enige psychiatrische kennis worden bijgebracht, waardoor zij leerden deze gevangenen op passende wijze te bejegenen.[715]

---

[709] Slijkhuis 2002, 326-327.
[710] Het Wetboek van Strafrecht van 1886 schreef voor dat delinquenten met een gevangenisstraf van vijf jaar of minder alleen in een cel werden opgesloten. Bij een veroordeling tot langer dan vijf jaar moesten gedetineerden de eerste vijf jaren van hun straf in eenzaamheid slijten.
[711] Franke 1990, 419.
[712] Franke 1990, 409, vergelijk 337, 379.
[713] Meijer 1899a, 393-396, 404; Meijer 1899b, 458-459.
[714] Casparie 1911, 18.
[715] http://www.mesdagkliniek.nl, geraadpleegd op 6 maart 2006. Met dank aan Ruud Abma.

Sommige artsen pleitten voor meer psychiatrisch toezicht in gevangenissen en de inrichting van psychiatrische gevangenisafdelingen voor observatie en diagnose aangezien rechters en gevangenisdirecteuren, -bewaarders en -dokters niet deskundig waren op dit terrein en te vaak ten onrechte veronderstelden dat gedetineerden geestesziekte simuleerden.[716] Aan het begin van de twintigste eeuw kwam er in de psychiatrische wereld steeds meer erkenning voor de mogelijkheid van een causale relatie tussen eenzame opsluiting en bepaalde wanen of hallucinaties, de zogenaamde 'gevangenispsychose'. Kamerleden stelden vragen over het verband tussen de cellulaire detentie en het voorkomen van krankzinnigheid onder gedetineerden. [717] Casparie, die een streng regime voorstond voor 'psychisch minderwaardigen' en 'psychopathen' en waarschuwde voor simulanten, erkende anderzijds dat de cellulaire opsluiting tot 'gevangenispsychose' en 'gevangenis(cel)psychopathieën' kon leiden, temeer doordat veel gevangenen toch al geestelijk labiel waren. 'Geen wonder dan ook dat die toestand van gedwongen eenzaamheid op den duur dieper storend zal moeten inwerken op den menschelijken geest.'[718] Dit inzicht was mede op eigen ervaring gebaseerd: Casparie had zich enkele malen in volkomen afzondering laten opsluiten. Veel gevangenen met geestesstoornissen werden herhaaldelijk heen en weer getransporteerd tussen het huis van bewaring of de strafgevangenis, de Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch en het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik.

De discussie rond de eeuwwisseling over de mogelijke oprichting van een *prison-asile* vond plaats tegen de achtergrond van de problemen die zich voordeden in het toen nog diffuse grensgebied tussen strafrecht en psychiatrie, dat niet alleen werd bevolkt door een toenemend aantal ontoerekenbaar verklaarde verdachten, maar ook door gedetineerden met psychische stoornissen en gevaarlijke krankzinnigen.[719] Zowel de inspecteurs van het Staatstoezicht en de NVPN als een tweetal commissies van juristen en artsen, de ene in 1893 door de NMG en de andere in 1902 door de regering ingesteld, spraken zich uit voor speciale maatregelen en inrichtingen of gestichtsafdelingen voor deze groepen, mede omdat Medemblik overbevolkt was en niet aan de vereisten van een *prison-asile* zou voldoen. Ook werd vanuit de NVPN gepleit voor speciale 'observatiestations' voor verdachten van wie het vermoeden bestond dat zij geestelijk gestoord waren, en voor een uitbreiding van 'streng psychiatrisch toezicht' in gevangenissen en speciale instellingen waarin grensgevallen thuis zouden horen: rijkswerkinrichtingen, -opvoedingsgestichten, tuchtscholen en gestichten voor epileptici en drankzuchtigen.[720] Een nieuw *prison-asile* en de observatiestations kwamen er vooralsnog niet. Wel onderging het gesticht van Medemblik rond 1910 een verbouwing tot een exclusief gerechtelijk krankzinnigengesticht met 200 plaatsen en werden er maatregelen ingevoerd om vluchten tegen te gaan, waardoor het in feite ging functioneren als *prison-asile*.[721] In 1918 werd deze instelling vervangen door een nieuw Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel bij Eindhoven. Zes jaar daarvoor was de functie van de Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch overgenomen door een nieuwe,

---

[716] Meijer 1899a; Meijer 1899b; Franke 1990, 411-414.
[717] Franke 1990, 403-404, 416-418, 423-427, 449, 500.
[718] Casparie 1911, 4, 17, 21.
[719] Franke 1990, 302-303, 437; vergelijk Slijkhuis 2002, 324-327.
[720] Jelgersma et al. 1905, 498-499; Jelgersma et al. 1902; Koenraadt 1995, 114-117;
[721] Pouw 1985, 4.

beter geoutilleerde strafinrichting in Scheveningen, mede om tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan gerechtelijk-psychiatrisch onderzoek bij verdachten. In andere strafgevangenissen werden artsen met kennis van de psychiatrie aangesteld.[722]

Niet alleen onder juristen, maar ook onder artsen bestonden uiteenlopende opvattingen over de verhouding tussen rechtspraak en psychiatrie. De gerechtelijke psychiatrie kwam niet voort uit een eensgezinde medische expansiedrang.[723] Het initiatief was deels ook van vernieuwingsgezinde juristen uitgegaan: een verandering in het rechtsdenken, te weten de groeiende invloed van de Nieuwe Richting tegenover het klassieke strafrecht, vormde een belangrijke stimulans voor sommige gestichtsartsen en psychiaters om zich als gerechtelijk deskundige te profileren. Voor een deel schoof de rechterlijke macht een adviesrol toe aan de psychiatrie: rechters die weifelden als ze over geestelijk gestoorde verdachten of getuigen moesten oordelen, neigden ertoe hun oordeel af te stemmen op een psychiatrische diagnose.[724] Aan de ene kant grepen psychiaters deze uitdaging aan en maakten zij aanspraak op een rol in de rechtspraak als de toerekeningsvatbaarheid van verdachten of de geestesgesteldheid van getuigen in het geding was, maar tegelijkertijd wilden ze gestoorde delinquenten liever niet in hun gestichten vanwege de overlast die ze veroorzaakten en omdat ze een smet op hun geneeskundige blazoen vormden. Mede daarom waren artsen niet altijd even eenduidig over de aanpak van de grensgevallen. Voor het gerecht neigden zij tot een medische diagnose, maar zodra deze delinquenten in een krankzinnigengesticht terechtkwamen, kreeg de gedachte de overhand dat zij daarin eigenlijk niet thuishoorden.[725]

Tegenover de pretenties van Winkler, Jelgersma en anderen die de rechtspraak als een veelbelovende uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein beschouwden, wezen sommige collega's, onder wie Van Deventer en Heilbronner, op de problemen en dilemma's die de gerechtelijke rol met zich meebracht en bepleitten zij enige terughoudendheid.[726] Het gevaar was niet denkbeeldig dat het toch al geringe maatschappelijke aanzien van psychiaters aangetast raakte. De publieke beroering die ontstond naar aanleiding van geruchtmakende incidenten als de Papendrechtse rechtszaken en het geval Frans Rosier deden hun maatschappelijke reputatie geen goed.[727]

De 'Papendrechtse strafzaak', die wel is vergeleken met de Franse Dreyfuss-affaire tien jaar daarvoor, speelde zich af in de jaren 1907-1910. Naar aanleiding van beschuldigingen in de pers van mishandeling van verdachten door de politie in het Zuid-Hollandse dorp Papendrecht, spanden twee veldwachters een rechtszaak tegen de auteur

---

[722] Weijers 2002, 14.

[723] Al in 1880 was Ramaer in conflict geraakt met andere leden van de NVP over de invulling van de gerechtelijke psychiatrie. Naar aanleiding van het Kamerdebat over het ontwerp voor een nieuw Wetboek van Strafrecht, stuurden vier vooraanstaande NVP-leden buiten Ramaer om een brief naar de Tweede Kamer waarin zij stelden dat wanneer een dader op het moment van het begaan van een misdaad krankzinnig was, deze ontoerekenbaar verklaard moest worden en behandeling in plaats van straf verdiende. Ramaer was van mening dat een dergelijke maatregel alleen gerechtvaardigd was als een arts een direct verband tussen het strafbare feit en de krankzinnigheid van de dader kon aantonen. Ramaer voelde zich gepasseerd en zegde het lidmaatschap van de NVP op. In 1882 werd het conflict bijgelegd en werd hij weer lid. Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1; vergelijk Slijkhuis 2002; Weijers 2003, 10-13.

[724] Pouw 1985, 10-11; De Ridder 1991b.

[725] Slijkhuis 2002.

[726] Slijkhuis 2002, 324-327; Weijers 2003, 13; Weijers en Koenraadt 2007, 20-21.

[727] De informatie hierover is ontleend aan Slijkhuis 2005. Zie ook Franke 1990, 436.

aan wegens smaad, waarop deze werd veroordeeld tot twee maanden gevangenisstraf. De veroordeelde ging vervolgens in hoger beroep, waarop een aantal rechtszaken volgde. Deze kregen landelijke aandacht, aangezien meer klachten over het optreden van de Papendrechtse politie naar buiten kwamen, de Minister van Justitie op verzoek van de Tweede Kamer een onderzoek instelde en het Gerechtshof in Arnhem maar liefst 73 getuigen hoorde. De rechter-commissaris van dat hof vroeg Jelgersma, Van Deventer, op dat moment inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, en Van Erp Taalman Kip, geneesheer-directeur van het Sanatorium voor Zenuwlijders te Arnhem, een psychiatrisch onderzoek uit te voeren naar de betrouwbaarheid van de getuigen. De psychiaters stelden in hun rapport dat belangrijke getuigen die de beschuldigingen van mishandeling uitten of ondersteunden, niet betrouwbaar waren: de een zou lijden aan 'querulantenwaanzin', de ander aan 'imbecillitas' en weer een ander was zenuwlijder of behept met een afwijkende, moreel onbetrouwbare persoonlijkheid. Met name de lijder aan 'querulantenwaanzin' zou de Papendrechtse bevolking tegen het gezag hebben opgehitst. Het nogal eenzijdige psychiatrische rapport - de getuigen die de mishandelingen door de politie ontkenden, werden niet onderzocht - zorgde voor veel ophef. De advocaat van de beklaagde - J.A. van Hamel, de zoon van de belangrijkste Nederlandse vertegenwoordiger van de Nieuwe Richting Van Hamel - lanceerde een felle aanval op de rol die de psychiatrie in deze rechtszaak speelde: geloofwaardige klachten vanuit de bevolking over het politieoptreden werden afgedaan als uitingen van psychische gestoordheid en het gezag bleef buiten schot. De beschuldigde werd uiteindelijk van rechtsvervolging ontslagen, maar onder psychiaters, juristen en politici hield de affaire de gemoederen nog geruime tijd bezig.

De inbreker Frans Rosier, ook wel 'Haarlemse Frans' genoemd, kreeg rond de eeuwwisseling met zijn gewelddadige vergrijpen en spectaculaire ontsnappingen uit de gevangenis of het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik publieke bekendheid. Gevangenisdirecteuren en gestichtsgeneesheren zaten met dit grensgeval in de maag: Rosier was of leek te gestoord voor de gevangenis - de vraag was in hoeverre hij krankzinnigheid simuleerde - en te (vlucht)gevaarlijk voor het gesticht. Meermaals werd hij van de ene naar de andere instelling overgeplaatst. Jelgersma onderzocht Rosier in de gevangenis van Rotterdam en deze was in 1907 onderwerp van een van de eerste bijeenkomsten van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. De aanwezige juristen en artsen waren het wel met Jelgersma eens dat de man krankzinnig was, maar op de vraag waar hij thuishoorde bleven ze het antwoord schuldig. Het was duidelijk dat psychiaters geen moeite hadden om criminelen als krankzinnig te diagnostiseren, maar ook dat gestichtsgeneesheren figuren als Rosier liever niet opnamen, ook al vonden zij opsluiting in een gevangenis geen passende oplossing.

Verder gaf de gerechtelijke psychiatrie aanleiding tot moeilijk in te lossen verwachtingen omtrent de therapeutische mogelijkheden.[728] Het was niet duidelijk of gestoorde criminelen behandelbaar waren. Volgens de Lombrosiaanse criminele antropologie en de degeneratietheorie bestond er weinig kans op genezing. Qua behandeling had de psychiatrie in feite weinig te bieden en bood zij geen echt alternatief voor gevangenisstraf: opname in een krankzinnigengesticht of *prison asile* was in feite niets meer of minder dan een vorm van detentie, ook al werd die met medische in plaats

[728] De Ridder 1987, 339.

van strafrechtelijke argumenten gelegitimeerd. De vraag deed zich echter voor of een dergelijke dwanginternering vanuit medisch perspectief wel was te rechtvaardigen. Vormde de last die gestoorde delinquenten opleverden voor de samenleving een legitieme reden om ze onder een psychiatrisch regime te plaatsen? Het streven naar beveiliging van de maatschappij was in wezen een juridische en politieke aangelegenheid en strookte niet per definitie met de medische opdracht om te waken over de belangen van zieke individuen. In dit verband rees de vraag of de 'criminele politiek' die de aanhangers van de Nieuwe Richting en de criminele antropologie voorstonden zich wel liet verenigen met de medische ethiek. Artsen die plaatsnamen in de getuigenbank kregen niet alleen de vraag voorgelegd of en in welke mate verdachten geestelijk gestoord en op grond daarvan ontoerekeningsvatbaar waren, maar soms werd ook van hen een oordeel verwacht over de gevaarlijkheid van delinquenten en eventueel te nemen maatregelen. Als zij daarop ingingen dan begaven ze zich op glad ijs, zo luidde de kritiek binnen en buiten de medische wereld; zij zouden zich maar al te gauw laten verlokken tot uitspraken die tot de competentie van de rechter behoorden en hun medische bevoegdheid te buiten gingen. Artsen zouden zich ervoor moeten hoeden hun medische diagnose te vertalen in een pasklaar juridisch oordeel. Geestelijke gestoordheid en ontoerekeningsvatbaarheid lieten zich niet eenduidig, laat staan wetenschappelijk gefundeerd, tot elkaar herleiden, vooral als een verdachte niet volkomen krankzinnig was: de grensgevallen en de kwalificatie verminderd toerekeningsvatbaar gaven steeds weer aanleiding tot twijfel en onenigheid. De psychiatrische rapportages vertoonden in dat opzicht dan ook een grote diversiteit.[729]

Ondanks deze bedenkingen en de onderlinge meningsverschillen over de reikwijdte van hun competentie op juridisch gebied, vonden de meeste psychiaters rond de eeuwwisseling wel dat zij een taak hadden op het gebied van de misdaadbestrijding.[730] Het uitgangspunt dat misdadig, antisociaal en immoreel gedrag in de persoonlijkheid van daders geworteld was en als symptoom van geestelijke gestoordheid viel te diagnostiseren, bleef overeind en won aan betekenis. Hoewel de verdeeldheid tussen aanhangers van de Klassieke en de Nieuwe Richting de ontwikkeling van de gerechtelijke psychiatrie remde en deze omstreden bleef, waren er in de eerste decennia van de twintigste eeuw tekenen dat het strafrechtsklimaat veranderde en de psychiatrische bemoeienis met misdadigers meer erkenning kreeg. De oprichting van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap in 1907 door de juristen Van Hamel en Simons en de psychiaters Winkler en Heilbronner als forum voor discussie tussen en onder psychiaters en juristen was een teken dat het onderlinge wantrouwen en onbegrip taande. Twee jaar eerder was met de invoering van de Kinderwetten (aangenomen in 1901) een belangrijke aanzet gegeven tot een gedifferentieerde benadering in de strafrechtspraak waarin rekening werd gehouden met de achterliggende oorzaken van crimineel gedrag: de persoonlijke eigenschappen en het leefmilieu van jeugdige wetsovertreders. De strafrechtelijke bepalingen in de Kinderwetten bevatten voorschriften omtrent de speciale behandeling van hen waardoor het accent verschoof van bestraffing naar preventie door middel van ontzetting uit de ouderlijke macht en heropvoeding in tuchtscholen, opvoedingsgestichten en voogdijgezinnen.[731]

---

[729] Pouw 1985, 10-11; Weijers 2003, 11-12.
[730] Pouw 1985, 10-11; De Ridder 1991b; Weijers 2003, 12.
[731] Nijnatten 1986, 30-31; Franke 1990, 502-503.

In 1915 werd voor volwassen wetsovertreders de voorwaardelijke veroordeling ingevoerd en de al sinds 1886 bestaande mogelijkheid om gedetineerden voorwaardelijk in vrijheid te stellen verruimd. Naast de algemene voorwaarde dat de veroordeelde of ex-gedetineerde tijdens de proefperiode van ten hoogste drie jaar zich niet schuldig mocht maken aan een nieuw delict, kon de rechter diverse bijzondere voorwaarden opleggen, zoals een kroegverbod, alcoholonthouding, een verhuisplicht of een verbod op omgang met bepaalde personen. De redenering achter de voorwaardelijke veroordeling en invrijheidstelling luidde dat sommige delinquenten voor verbetering vatbaar waren en dat de dreiging met gevangenisstraf tezamen met het nodige toezicht in de vrije maatschappij een effectiever middel was om gedragsverandering te bewerkstelligen dan daadwerkelijke opsluiting. De grotendeels particulier georganiseerde, maar door de overheid gesubsidieerde reclasseringsorganisaties, kregen tot taak om hen te resocialiseren door hun zelfbeheersing en zelfredzaamheid te bevorderen.[732] De nieuwe strafrechtelijke maatregel werd al spoedig frequent toegepast: tussen 1916 en 1921 ging het jaarlijks om gemiddeld 2.300 veroordeelden.[733]

Deze nieuwe strafrechtspraktijken konden op instemming van psychiaters rekenen omdat zij een gedifferentieerde beoordeling van wetsovertreders mogelijk maakten, waarbij rekening werd gehouden met hun persoonlijkheid.[734] Deze pogingen om de verbeterbaar geachte wetsovertreders in de maatschappij te integreren gingen vergezeld van voorstellen om de maatschappij effectiever tegen de vermeende harde kern van doorgaans in meer of mindere mate gestoorde en frequent recidiverende misdadigers, de zogenaamde psychopaten, te beschermen. In 1911 en 1915 diende de Minister van Justitie wetsontwerpen in om speciale maatregelen tegen deze groep van grensgevallen mogelijk te maken. Ook deze voorstellen kregen instemming onder psychiaters en voor de NVPN waren ze aanleiding om erop aan te dringen dat psychiatrisch onderzoek een vaste plaats kreeg in de rechtspraak voor bepaalde categorieën misdadigers die vaak geestelijke stoornissen zouden vertonen, zoals moordenaars, brandstichters, oplichters, zedendelinquenten en vrouwen die strafbare feiten pleegden tijdens hun menstruatieperiode of zwangerschap.[735] In de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* pleitten drie zenuwartsen in 1915 voor een algemene psychopatenwet die niet alleen betrekking zou moeten hebben op criminele, maar ook op niet-misdadige psychopaten. Beide groepen bestonden immers uit 'ethisch gedegeneerden' en 'anti-sociale zwakzinnigen', die met een samenhangend geheel van 'medische-paedagogische' en 'preventieve' maatregelen tegemoet moesten worden getreden.[736] In dit pleidooi kwamen de oogmerken van de gerechtelijke psychiatrie en het hygiënisme samen.

---

[732] Franke 1990, 576; Van der Stel 1995, 219-224.
[733] Franke 1990, 530.
[734] Meijers 1913, 32; vergelijk De Roos 1914, 31.
[735] De Ridder en De Vries 1984.
[736] Van Deventer, Sissingh en Postma 1915.

Nabeschouwing

In 1921 keek L. Bouman, voorzitter van de NVPN en hoogleraar aan de Vrije Universiteit, ter gelegenheid van het vijftigjarig jubileum van de vereniging terug op vijftig jaar psychiatrie in Nederland. Bouman zette de feestelijke stemming kracht bij met een positief getoonzet betoog. Er was veel bereikt, zo stelde hij, en dat was in het bijzonder aan de NVPN te danken. De gestichten waren sterk verbeterd, de zeggenschap van de gestichtsartsen was versterkt en de kwaliteit van het verplegend personeel was vooral dankzij de opleiding van de vereniging aanmerkelijk omhoog gegaan. 'We mogen nu wel erkennen, dat we in deze 50 jaar groote vorderingen hebben gemaakt en waar men toen zoo telkens op terugkwam, of men wel op gelijke hoogte stond als het buitenland, kan men nu gerust zeggen, dat onze moderne gestichten zeker met die in 't buitenland kunnen vergeleken worden.'[737] Verder had de psychiatrie zich met succes op de universiteit gevestigd, waardoor de wetenschappelijke status van en het onderwijs in het vak was gegarandeerd, zeker toen het nieuwe Academisch Statuut (1921) de psychopathologie tot een verplicht onderdeel van de studie geneeskunde had verheven.

Vier jaar eerder had Cox, geneesheer-directeur van het Utrechtse krankzinnigengesticht, mede naar aanleiding van het 'Instituut Schuurmans Stekhoven', de in 1916 ingevoerde mogelijkheid om krankzinnigen zonder rechterlijke machtiging in een aangewezen afdeling op te nemen, de balans opgemaakt van de Nederlandse krankzinnigenzorg. Zijn oordeel was niet onverdeeld gunstig. Om te beginnen signaleerde hij in verband met de rechterlijke machtiging dat 'de hinderlijken der maatschappij', en daarmee bedoelde hij de misdadigers en de krankzinnigen, min of meer als vanouds uit de maatschappij werden verwijderd. 'Opsluiten is een gemakkelijk middel om van ze af te komen, een andere vorm van lichamelijke geweldpleging. Gecodificeerd is deze en dat stelt de oppervlakkigen gerust: er is een wettelijke vorm!'[738] Twee jaar eerder had Cox in een voordracht voor de NVPN beweerd dat gestichtspatiënten in feite gevangenen waren. 'De toestand is bedroevend en ontzettend in die mate, dat ik niet gaarne een mijner geliefden aan een krankzinnigengesticht zou toevertrouwen, slechts door grooten nood gedwongen daartoe zou kunnen besluiten.' De gestichtsarts werd gedwongen om de rol van 'suppoost van een museum van krankzinnigen' te spelen.[739] Deze uitspraken logen er niet om.

Voorts stelde Cox vast dat de gestichtsgeneesheer niet zozeer als een vertrouweling, maar vooral als een aanklager van de patiënt optrad, altijd bereid om een verklaring af te geven dat deze nog 'abnormaal' of, anders gezegd, niet geschikt was om weer in vrijheid in de samenleving te verkeren. Zeer kwalijk vond Cox het dat voor gestichtsartsen niet, zoals voor de gewone medicus, de advocaat of de biechtvader, het verschoningsrecht en derhalve de geheimhoudingsplicht golden. Wilde een geneesheer echt iets voor zijn patiënten kunnen betekenen, en hen geestelijk kunnen steunen en genezen, dan zou hij moeten kunnen '*luisteren en belangrijk kunnen vinden, wat die ander denkt en voelt*.' Cox concludeerde dan ook dat

[737] Bouman 1921, 308.
[738] Cox 1917, 53.
[739] Cox 1915, 469-470.

> de kazerneering der krankzinnigen geen ideaal-verpleging is, doch een doorgangsstadium in de geschiedenis der krankzinnigenbehandeling en niet mag beschouwd worden als een waardevolle verovering, als een beginsel dat voor nu en altijd kan gelden. Men moet er voorbij en het einddoel kan niet anders zijn dan behandeling van ieder, *door een door hemzelf of zijn familiebetrekkingen gekozen medicus*, in een doelmatig milieu, naar zijn aard en gaven.[740]

Met deze verrassend modern klinkende uitspraak gaf Cox in zekere zin een voorproefje van wat ruim een halve eeuw later aan kritiek op de inrichtingspsychiatrie zou losbarsten.[741]

Daarmee was evenwel nog niet alles gezegd. Cox besloot zijn artikel met een beschouwing over de voor- en nadelen van het 'Instituut Schuurmans Stekhoven', de aangewezen afdeling die in 1916 in Huize Padua te Boekel en in 1917 in Brinkgreven te Deventer op initiatief van de inspecteur tot stand was gekomen.[742] Hoewel ook Cox de mogelijkheid toejuichte om krankzinnigen, dat wil zeggen 'psychotische en neuro-psychotische patiënten', zonder rechterlijke machtiging op te nemen, was hij er minder zeker van dat daarmee ook hun stigmatisering zou verdwijnen, zeker indien de open inrichtingen aan de krankzinnigengestichten verbonden bleven. Bovendien was Cox van oordeel dat lichtere psycho-neurosen beter in kleine inrichtingen of in huiselijke omgeving waren te behandelen, tenzij het aantal geneeskundigen in de gestichten en de daaraan verbonden open afdelingen drastisch zou toenemen. Zo had Cox nog wel meer verbeteringsvoorstellen, waaronder het verlenen van voldoende subsidies voor een behoorlijke verpleging van lijders aan neuro-psychosen en psychosen. Meer geld voor de psychiatrische zorg achtte hij dringend nodig, onder meer om een verhouding van één geneeskundige op vijftig gestichtspatiënten mogelijk te maken.[743]

De nogal sombere woorden van Cox kunnen achteraf worden opgevat als een bewijs te meer dat de sensibiliteit voor problemen van dwang en vrijheid in de krankzinnigenzorg sedert de invoering van de tweede Krankzinnigenwet verder was toegenomen. De registratie van toegepaste mechanische dwangmiddelen, de alternatieven voor dwangtoepassing in de vorm van vasthouding en bed- en badverpleging, en nu ook het instituut van de aangewezen afdeling – het waren stuk voor stuk pogingen om een (verdere) humanisering van de krankzinnigenzorg tot stand te brengen. Voeg daarbij de al met al niet geringe uitbreiding en kwaliteitsverhoging van het corps van verplegenden en de door nieuwbouw verkregen verbetering van de huisvestingssituatie, dan wordt duidelijk dat de wereld van het gesticht er anno 1918 toch wel anders uitzag dan anno 1870.

Dat gold nog sterker voor de psychiatriebeoefening buiten de muren van het krankzinnigengesticht. In feite was daarvan in de jaren zeventig van de negentiende eeuw nog geen sprake. Psychiatrie bestond in de beginjaren van de NVP uit niet meer dan krankzinnigenzorg in gestichten. De uitbreiding van het psychiatrisch werkveld vond het eerst, deels in nauwe verbondenheid met de neurologie, plaats op het terrein van de

---

[740] Cox 1917, 54, 59. De cursiveringen zijn van Cox.
[741] Zie voor een (geschreven) portret van Cox: Abma en Weijers 2005, 56-62.
[742] Na Huize Padua opende Maasoord te Poortugaal in 1917 als tweede een aangewezen afdeling, waarna Brinkgreven te Deventer in 1918 als derde volgde.
[743] Cox 1915, 481.

diverse zenuwaandoeningen, waarvoor zowel intra- als extramurale voorzieningen kwamen. Tussen enerzijds de gestichten waartoe louter via een rechterlijke machtiging toegang werd verleend en anderzijds de sanatoria voor zenuwlijders en de psychiatrische universiteitsklinieken, waarvoor geen rechterlijke bemoeienis nodig was, bestond aanvankelijk een kloof, niet alleen in juridische, maar ook in sociale zin: de gestichtsbevolking was overwegend op armenzorg aangewezen, de sanatoriumpatiënten niet. De afstand tussen het krankzinnigenwezen en de zorg voor zenuwlijders werd echter allengs verkleind en in beginsel overbrugd. De psychiatrisch-neurologische zorg voor zenuwlijders zou er op den duur in belangrijke mate toe bijdragen dat het isolement van de krankzinnigenzorg, deels in de hand gewerkt door de voor opname vereiste rechterlijke machtiging, verminderde. De sanatoria voor zenuwlijders zijn achteraf gezien te beschouwen als opmaat tot het in 1915 gecreëerde en in 1916 gerealiseerde instituut van de aan een krankzinnigengesticht verbonden 'aangewezen afdeling' – ook wel open of sanatoriumafdeling genoemd - waar rustige krankzinnigen en (andere) zenuwlijders eveneens op vrijwillige basis en zonder rechterlijke machtiging konden worden opgenomen en verpleegd. De komst van de aangewezen afdeling betekende aanvankelijk vooral in juridisch opzicht een breuk met het verleden en het einde van de unieke positie die Nederland internationaal had ingenomen met betrekking tot de vereiste rechterlijke machtiging voor opname. Arme patiënten kregen daar vooralsnog slechts toegang indien hun gemeente bereid was te betalen. Pas toen de gemeenten na een wijziging van de Armenwet in 1929 de verplichting kregen opgelegd om opnamen in aangewezen afdelingen te bekostigen, kon ook in maatschappelijk opzicht een barrière worden geslecht en opname zonder rechterlijke machtiging in omvang toenemen.

De tweede uitbreiding van het psychiatrisch domein vond plaats op de universiteiten. Enkele decennia later dan in Duitsland en een tiental jaren na Frankrijk, maar veel eerder dan in Groot-Brittannië, kregen alle toen bestaande Nederlandse universiteiten in vrij korte tijd psychiatrisch-neurologische leerstoelen en klinieken voor onderwijs en onderzoek. De hoogleraren gingen al gauw de toon aangeven in de NVPN en bepaalden ook in hoge mate de discussies over de wijze waarop geestes- en zenuwziekte zou zijn te verklaren en te behandelen. Opvallend is dat zich daarin binnen twee decennia, tussen 1900 en 1920, een wending voltrok van een overwegend biomedische benadering naar een meer psychologiserende optiek. In tegenstelling tot de Duitse universitaire psychiatrie, die voor de Nederlandse academische psychiaters het grote voorbeeld vormde en die vasthield aan het natuurwetenschappelijke model, toonden zij een grote openheid voor psychologische en in het bijzonder psychoanalytische duidingen van geestes- en zenuwziekten.[744] Juist het gebrek aan concrete resultaten van het anatomische en fysiologische laboratoriumonderzoek voor de behandeling van geestesziekte in de klinische praktijk riep een reactie op in de vorm van een verzelfstandiging van het psychische element, zoals in de uit de Duitstalige landen geïmporteerde psychoanalyse en fenomenologische benadering. In deze stromingen ontstond systematische belangstelling voor de subjectieve 'binnenkant' van geestesstoornissen en werd de individuele beleving aangrijpingspunt voor nieuwe psychotherapeutische behandelingen. Behalve aan de chaotische gedragingen schonken psychiaters nu ook aandacht aan de inhoud van het verwarde denk- en gevoelsleven en

[744] Vergelijk Roelcke 2005.

daarmee kregen de uitingen van de patiënt een eigen betekenis. Deze vroegen om een individualiserend en inlevend gezichtspunt in plaats van een generaliserende en objectiverende methode.

Opmerkelijk hierbij is de belangrijke rol die de gereformeerde hoogleraar L. Bouman en zijn leerlingen aan de Vrije Universiteit speelden: zij zouden met hun fenomenologische blik een grote invloed uitoefenen op de verdere ontwikkeling van de Nederlandse universitaire psychiatrie. Daarnaast was Jelgersma, een van de eerste hoogleraren psychiatrie in Europa die de psychoanalyse omhelsde, toonaangevend: vooral in Leiden kregen (aankomende) psychiaters de gelegenheid om zich in de psychoanalyse te verdiepen en te bekwamen. Overigens moet worden benadrukt dat de opmars van de inlevende, psychologiserende optiek niet ten koste ging van andere benaderingen. Met uitzondering van figuren als Winkler, die hardnekkig vasthield aan het biomedische model, waren Nederlandse psychiaters geen scherpslijpers: zowel de universitaire psychiatrie als de psychiatriebeoefening in het algemeen kenmerkte zich in ons land vanaf het begin door een grote mate van pragmatisme en eclecticisme.

Het derde terrein waarop psychiatriebeoefenaren hun vleugels uitsloegen was dat van misdaad en rechtspraak. Dit was een omstreden werkveld, waarop zij niet zonder slag of stoot enige invloed en zeggenschap verwierven. De tegenstellingen vielen niet simpelweg samen met die tussen twee beroepsgroepen, artsen en juristen, maar liepen in feite dwars door de twee professies heen. Van een eensgezind streven van psychiatriebeoefenaren om hun domein in deze richting uit te breiden was geen sprake, onder andere vanwege de verschillende opvattingen binnen de psychiatrische wereld over de vraag in hoeverre medische betrokkenheid bij strafrechtelijke oordeelsvorming en dwang gerechtvaardigd was. Mede door de groeiende invloed van de Nieuwe Richting in de rechtsgeleerdheid en -praktijk waren het voor een deel ook juristen die hen hier binnenhaalden. Ondanks het omstreden karakter van de gerechtelijke psychiatrie valt te constateren dat deze ten tijde van de Eerste Wereldoorlog onmiskenbaar terrein had gewonnen, zoals bleek uit de veranderende rechtspleging als gevolg van de Kinderwetten en de invoering van de voorwaardelijke veroordeling alsook uit de wetsontwerpen die betrekking hadden op de aanpak van zogeheten psychopaten.

De gerechtelijke psychiatrie was bij uitstek het terrein waarop psychiatriebeoefenaren zich deden gelden als verdedigers van de gevestigde burgerlijke orde. Een nog bredere maatschappelijke rol ambieerden sommigen van hen door middel van het preventiestreven, het hygiënisme. In tegenstelling tot de meer etatistisch ingestelde psychiatrie in Frankrijk en Duitsland bleef het hier vooralsnog grotendeels bij theorie en retoriek, met uitzondering van de bemoeienis met alcoholverslaving, niet alleen in sanatoria, maar ook in consultatiebureaus.[745] Dit werkterrein was niet erg omvangrijk, maar om twee redenen, wederom achteraf gezien, toch belangrijk, vooral voor de verdere ontwikkeling van de extramurale psychiatrie. Ten eerste vormde het consultatiebureau een type voorziening dat later navolging kreeg om andere psychiatrische probleemgebieden in de samenleving te ontginnen. In dit verband merkte K.H. Bouman in 1913 op dat het belang van dergelijke instellingen vooral lag in 'hun directe voeling met de maatschappij, hun groot arbeidsveld en hun, in verhouding tot de sociale ellende, die zij trachten te bestrijden, betrekkelijk gering bedrijfskapitaal.'[746] Ten

[745] Vergelijk Nye 1984; Dowbiggin 1991; Blasius 1994; Roelcke 1999; Schmiedebach en Priebe 2004.
[746] Van der Stel 1995, 218.

tweede was de werkwijze van de consultatiebureaus voor alcoholisme, waarbij de nadruk lag op de mogelijkheid om mensen door middel van moreel-opvoedkundige begeleiding te verbeteren, typerend voor de koers die zowel de krankzinnigenzorg - de psychiatrische verpleging kreeg immers ook in hoge mate pedagogische trekken - als de extramurale psychiatrie zou gaan varen. Hoewel de praktijk er vaak anders zal hebben uitgezien dan de theorie, was een dergelijke benadering moeilijk te verenigen met dwang. We hebben gezien dat fysieke dwang in de krankzinnigenzorg in toenemende mate ter discussie kwam te staan en eveneens dat K.H. Bouman in het Amsterdamse consultatiebureau en sommige van zijn collega's in de NVPN expliciet afstand namen van dwangmaatregelen in de alcoholismebestrijding. Zij gaven de voorkeur aan pogingen om, weliswaar gebruik makend van de nodige druk, de attitude van mensen zodanig te veranderen dat zij uit zichzelf op het goede pad zouden komen en blijven.

Ook als het om het biologisch determinisme ging, dat in de tweede helft van de negentiende eeuw in het kielzog van Darwins evolutieleer veld had gewonnen, stelden Nederlandse psychiatriebeoefenaren zich over het geheel genomen vrij gereserveerd op. Voor een groot deel hing deze terughoudendheid samen met de invloed van de confessionelen, die zich deels apart organiseerden op psychiatrisch gebied. De verzuiling in de psychiatrie heeft er sterk toe bijgedragen dat de psychologische en moreel-opvoedkundige oriëntatie zich in de Nederlandse psychiatriebeoefening wortelde.

Zowel wat dwanguitoefening als wat de psychologische en pedagogische invalshoek betreft vormden de Nederlandse ontwikkelingen een contrast met die in het voorbeeldland Duitsland, waar de ontplooiing van psychiatrische activiteiten in de samenleving in de eerste decennia van de twintigste eeuw juist gepaard ging met een toenemende dwang en drang alsook omhelzing van de eugenetica.[747] Het argument waarmee Minister van Justitie Van Maanen ten tijde van de invoering van de eerste Krankzinnigenwet de voor gestichtsopname noodzakelijke rechterlijke machtiging erdoor drukte, namelijk de bescherming van burgerlijke vrijheden, bleef een belangrijke overweging om terughoudendheid te betrachten als het om dwang en drang ging. Voor de artsen speelde voorts ook de medische ethiek hierbij een belangrijke rol. Voor met name confessionele artsen gold dat zij zich distantieerden van het biologisch determinisme en materialisme, omdat dit niet verenigbaar was met de plaats die de geest en de vrije wil in het christelijk mensbeeld innamen.

Het contrast tussen enerzijds Nederland en anderzijds met name Duitsland werd tijdens de Eerste Wereldoorlog alleen nog maar vergroot. In de Duitse krankzinnigengestichten verslechterden de levensomstandigheden van de patiënten zodanig dat velen honger leden en stierven. De Eerste Wereldoorlog beroerde de Nederlandse krankzinnigengestichten daarentegen nauwelijks. Wel moest deze het wegens de mobilisatie met minder krankzinnigenverplegers stellen en werd de voedsel- en brandstofvoorziening bemoeilijkt, maar van een duidelijk stempel van de oorlog op het psychiatrisch bedrijf, zoals dat in de oorlogvoerende landen het geval was, ontbrak vooralsnog ieder teken.[748] Wat in Nederland ook ontbrak was de invloed van de militaire

[747] Weindling 1989; Schmiedebach en Priebe 2004; Roelcke 2005. Ook in de Verenigde Staten kreeg de eugenetica voet aan de grond in de psychiatrie. Zie Dowbiggin 1997.
[748] Binneveld 1995; Binneveld 2001; Shephard 2002.

psychiatrie die in andere landen, en weer met name in Duitsland, een sterk disciplinerend karakter vertoonde.[749]

Het zal duidelijk zijn dat de Nederlandse psychiatriebeoefenaren niet louter op eigen kracht hun vak tot ontplooiing brachten. Zij kregen de mogelijkheid daartoe mede dankzij bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. Vanaf de jaren zeventig van de negentiende eeuw kwam Nederland in de greep van verandering en vooruitgang. Het was tegen de achtergrond van de sociaal-politieke modernisering dat gestichtsgeneesheren uit het isolement van het krankzinnigengesticht begonnen te treden en hun beroepsdomein trachtten uit te breiden. Van groot belang was dat het land welvarender werd, waardoor er meer geld beschikbaar kwam voor psychiatrische zorg. Een tweede belangrijke factor was het toenemende sociale activisme vanuit particuliere, met name confessionele kringen en de groeiende overheidsinterventie in de maatschappij. Daardoor werd de bouwgolf in het krankzinnigenwezen mogelijk en kwam ook een toenemend aantal andere psychiatrische instellingen, zoals sanatoria en universitaire klinieken, tot stand. Deze nieuwe instellingen, die zich voor een deel in landelijke gebieden bevonden en waarvan enkele vanuit heel Nederland patiënten opnamen, konden mede door de verbeterde infrastructuur en het vermogen van de gemeenten om de kosten te dragen, rekenen op een voortdurende toestroom van patiënten. Ook was er, zeker na de totstandkoming van een verpleegopleiding, sprake van een toenemende bereidheid van jongeren om in de krankzinnigenzorg te werken. De vrees voor de ontwrichtende gevolgen van de massasamenleving en het daarmee gepaard gaande cultuurpessimisme werden in Nederland overstemd door de verwachting dat mens en maatschappij waren te verbeteren door middel van volksverheffing en sociale ordening. De psychiatrie kon, grotendeels in verzuild verband, steunen op het toegenomen sociale bewustzijn en activisme. Ook kon zij profiteren van de groeiende overheidsbemoeienis met het maatschappelijke leven, waarmee de sociaal-liberalen een begin maakten en die door confessionelen gedomineerde regeringen voortzetten.

[749] Lerner 2003; vergelijk Binneveld 1995; Leese 2002; Riedesser en Verderber 1985; Riedesser en Verderber 1996; Shephard 2000; Roudebush 2001; Hermans en Schmidt 1996.

2. BELOFTES VAN HET NIEUWE (1918-1940)

Inleiding

Niet alleen vanwege de twee wereldoorlogen behandelen wij het interbellum als een aparte periode in de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie. Tijdens de Eerste Wereldoorlog vonden twee belangrijke vernieuwingen plaats in haar belangrijkste en omvangrijkste werkveld, de krankzinnigenzorg. Ten eerste werd in 1916 gestichtsopname uitsluitend op basis van medische indicatie mogelijk. De introductie van de zogenaamde aangewezen afdeling en de psychiatrische inrichting waarin patiënten zonder rechterlijke machtiging konden worden opgenomen, droeg de belofte van een vernieuwing van de krankzinnigenzorg in zich. In hetzelfde jaar kwam in Amsterdam in de vorm van een gemeentelijk consultatiebureau voor geestes- en zenuwzieken de eerste publieke extramurale voorziening voor deze patiënten tot stand. Dit consultatiebureau vormde het startsein voor psychiatrische hulpverlening in de maatschappij die, anders dan doorgaans in de praktijken van vrijgevestigde psychiaters, ook voor onbemiddelde patiënten toegankelijk was. In het jaar daarop namen ook de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten met de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid een initiatief tot het versterken van de 'hulp in de vrije maatschappij'.[750] Daarmee waren de eerste aanzetten gegeven tot de ontwikkeling van de psychiatrische voor- en nazorg, later ook wel aangeduid als sociale psychiatrie. Dit nieuwe psychiatrische werkveld bracht ook een nieuwe benadering van geestesziekte met zich mee.

De twee hierboven genoemde vernieuwingen, hoe bescheiden de praktische uitwerking ervan aanvankelijk ook was, markeren het begin van een evolutie in de richting van een meer toegankelijke en sociale psychiatrie, een verandering die in de jaren twintig en dertig aan momentum zou winnen. In het interbellum waren er meer beloftes van het nieuwe. Nieuwe sociaalpedagogische en somatische behandelingsvormen deden hun intrede in de gestichten en inrichtingen. Eind jaren twintig kwam bovendien een nieuw type gesticht tot stand: het psychopatenasiel voor geestelijk gestoorde misdadigers. Buiten de gestichten en inrichtingen kreeg naast de voor- en nazorg vanaf het midden van de jaren twintig nog een nieuw werkveld gestalte: dat van de geestelijke volksgezondheid of psychohygiëne. Voorts bracht voor zenuwartsen het jaar 1932 een belangrijke vernieuwing: medische specialismen kregen een formele status, een mijlpaal in hun professionaliseringsproces.

Wij beginnen dit deel met een overzicht van het psychiatrisch-neurologisch vak: de werkterreinen waarop zenuwartsen emplooi vonden, hun beroepsorganisaties, met name de NVPN, alsmede de wetenschapsbeoefening en het onderwijs aan de universiteiten (hoofdstuk 2.1). De hoofdstukken 2.2 en 2.3 zijn geheel gewijd aan de oudere krankzinnigengestichten, de nieuwere psychiatrische inrichtingen en enkele andere intramurale instellingen, aan de patiënten, verplegenden en artsen binnen de gestichts- en inrichtingsmuren en aan hun wederwaardigheden en werkzaamheden. In hoofdstuk 2.3 is een aparte paragraaf gewijd aan de vanaf het eind van de jaren twintig opgerichten gestichten voor geestesgestoorde delinquenten, de zogenaamde

[750] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 77-78.

psychopatenasielen voor ter beschikking van de regering (TBR) gestelden. In deze paragraaf besteden wij ook aandacht aan ontwikkelingen in de forensische psychiatrie. In hoofdstuk 2.4 staat de psychiatrische voor- en nazorg centraal: de instellingen, de ideeën erachter en de uitvoerders van deze nieuwe tak van psychiatrie - over de patiënten hierin kunnen wij niet heel veel melden. Het omvangrijke hoofdstuk 2.5 gaat over het moeilijk af te grenzen gebied van de geestelijke volksgezondheid of psychohygiëne, een werkterrein waarop de beloftes van het nieuwe zeer markant naar voren kwamen. Vervolgens komt in hoofdstuk 2.6 de verhouding tussen de gevestigde krankzinnigenzorg en de nieuwe werkvelden van de voor- en nazorg en de geestelijke volksgezondheid aan de orde. De spanningen die zich in de jaren dertig voordeden tussen deze sectoren zouden de organisatiestructuur van de Nederlandse psychiatrie en wat na de Tweede Wereldoorlog geestelijke gezondheidszorg ging heten voor een halve eeuw bepalen. Tot slot behandelen wij in hoofdstuk 2.7 de voornamelijk in particuliere praktijken beoefende psychotherapie en psychoanalyse.

2.1. Het psychiatrisch-neurologisch vak

2.1.1. *Het werkveld en de beroepsorganisaties*

In het interbellum steeg het aantal psychiatrisch en neurologisch werkzame artsen van rond 220 naar ongeveer 390, waarmee zij zich in dezelfde mate als de gehele medische stand vermeerderden. Wat hun werkveld betreft nam het aandeel van de algemene ziekenhuizen en poliklinieken flink toe - van tegen de 30 tot bijna 80 werkplekken oftewel van 12 tot 20 procent van het totale aantal - en kromp dat van de intramurale instellingen (voor krankzinnigen, zenuwpatiënten, zwakzinnigen, alcoholverslaafden en zogenaamde psychopaten) van 62 naar 50 procent. De groei van het aantal inrichtingsartsen van bijna 140 naar tegen de 200 bleef achter bij de uitdijing van de beroepsgroep als geheel, terwijl de aanwas van de vrijgevestigde sector (van ruim 70 naar meer dan 130 werkplekken, doorgaans in deeltijd) en de universitaire psychiatrie (van ruim 30 naar ongeveer 55 functies) gelijk opging met de uitbreiding van de gehele beroepsgroep en hun part daarin zowel in 1920 als in 1940 respectievelijk 34 en 14 à 15 procent bedroeg.[751]

De grootste aanwas kwam voor rekening van een nieuw arbeidsterrein buiten de muren van de gestichten, sanatoria en klinieken. Het ging hierbij met name om extramurale voorzieningen op het gebied van de voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten en op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, aanvankelijk met name voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden, maar later ook voor diverse categorieën volwassenen met psychosociale problemen. Het aantal van dergelijke extramurale functies breidde zich in absolute zin uit van 3 in 1920 tot 60 in 1940 en relatief van 1 tot 15 procent. Net als bij de algemene ziekenhuizen, poliklinieken en particuliere praktijken ging het hierbij grotendeels om werkzaamheden in deeltijd, die zenuwartsen combineerden met andere functies, terwijl artsen in inrichtingen meestal een volledige aanstelling hadden. Eigen praktijken combineerden zenuwartsen vaak met een aanstelling in een polikliniek of algemeen ziekenhuis en deze beroepsinvulling won in het interbellum aan gewicht ten opzichte van de intramurale zorg. De omvang van de vrijgevestigde beroepsuitoefening en de fluctuaties daarin, bijvoorbeeld onder invloed van de economische conjunctuur, zijn ons niet bekend. Van de in extramurale instellingen werkzame psychiaters hield omstreeks 1940 ongeveer de helft er ook een eigen praktijk op na, terwijl 37 procent ook een functie had in de intramurale psychiatrie. In absolute zin waren ongeveer 140 artsen, 36 procent van de totale psychiatrische beroepsgroep in het geheel, buiten de intramurale sector (gestichten, inrichtingen, sanatoria en universitaire klinieken) werkzaam.[752] Dit percentage zegt overigens weinig over de omvang van de extramurale psychiatriebeoefening; door de vele deeltijdfuncties was die zeker een stuk kleiner dan 36 procent van het het gehele psychiatrisch-neurologische werkveld.

De bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op een ruime, niet formeel afgebakende definitie van het psychiatrisch-neurologisch specialisme, aangezien dit geen formele status kende. Geteld zijn de artsen die volgens de ledenlijsten van de NVPN en het

---

[751] Zie ook bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.

[752] Van Drunen 2004, 16, 22, 28. Nader onderzoek zou nodig zijn om vast te stellen wat de omvang was van de diverse particuliere praktijken, en in hoeverre de koopkrachtige vraag naar de diensten van vrijgevestigde zenuwartsen een nadelige invloed ondervond van de economische crisis van de jaren dertig.

Geneeskundig Jaarboekje werkzaam waren in een intramurale instelling voor krankzinnigen, zwakzinnigen, zenuwpatiënten, epileptici, alcoholverslaafden of psychopaten, in instellingen voor algemene gezondheidszorg (ziekenhuizen, poliklinieken en gemeentelijke gezondheidsdiensten), in extramurale voorzieningen zoals voor- en nazorgdiensten en consultatiebureaus alsmede geneeskundigen die zich lieten vermelden als specialist op het terrein van de zenuw- en zielsziekten, psychiatrie, neurologie of psychotherapie.[753] Weliswaar hadden medische specialismen met het Academisch Statuut van 1921 erkenning gekregen, maar dat betekende niet dat de opleidingen tot specialist aan formele voorschriften gebonden waren. Voor een functie in een krankzinnigengesticht of een andere psychiatrisch-neurologische inrichting was officieel geen specialistische opleiding vereist en iedere arts kon zich in principe op de medische markt als specialist op psychiatrisch en/of neurologisch gebied afficheren. Gestichtsartsen leerden hun vak vaak in de praktijk of tijdens een assistentschap in een universitaire kliniek onder leiding van een hoogleraar, terwijl de wijze van vermelding in het *Geneeskundig Jaarboekje* op gezag van de samenstellers en de betrokkenen plaatsvond.

In 1932 kwam hierin verandering. Twee jaar daarvoor had de NMG een Specialisten Registratie Commissie in het leven geroepen. Dit uit vertegenwoordigers van de diverse specialistenverenigingen bestaande orgaan stelde in nauw overleg met deze beroepsorganisaties het Medisch Specialisten Register in. De belangrijkste reden om de tot dan toe geldende informele aanduiding van specialisten te vervangen door een officiële registratie was het streven naar een eenduidige regeling voor de vergoeding van specialistische hulp door de ziekenfondsen. Elke arts die op 1 juli 1932 bij de NMG als specialist bekend was, werd automatisch in het nieuwe register ingeschreven, terwijl nieuwe specialisten vanaf dat moment aan uniforme opleidingseisen moesten voldoen: een driejarige scholing in een universiteitskliniek of (deels) in een ander ziekenhuis na het behalen van het artsdiploma. In totaal werden 21 specialismen in het register opgenomen en schreven zich meer dan 1.100 artsen in.[754] De specialistenregistratie was een typisch corporatistische regeling, zoals die in Nederland meer voorkwam: niet de overheid of de (rijks)universiteiten, maar de georganiseerde artsenstand zelf stelde de criteria vast voor medische specialisatie en voerde het beheer over de administratie.[755] De registratieregeling was een belangrijke mijlpaal in het professionaliseringsproces van medische specialismen, dus ook van psychiatrie en neurologie. Behalve eigen beroepsorganisaties, een tijdschrift, universitaire leerstoelen en conferenties kende het vak nu ook formele toegangsregels en een gestandaardiseerde opleiding. Dit alles bevorderde het *esprit de corps* van zenuwartsen.

Psychiatrie en neurologie kwamen in het Medisch Specialisten Register te vallen onder de specialisatie zenuw- en zielsziekten en de beroepsbeoefenaren heetten daarin zenuwarts. De psychiatrisch-neurologische opleidingen die universitaire klinieken vanaf het eind van de negentiende eeuw aanboden, werden geformaliseerd. Voor zenuwartsen gold vanaf 1933 als standaard een driejarige opleiding in een psychiatrisch-neurologische universiteitskliniek, eventueel voor een deel te vervangen door een assistentschap in een krankzinnigengesticht, psychiatrische inrichting of andersoortige instelling. De NVPN

[753] Van Drunen 2004, 9.
[754] Redactie *Medisch Contact* 1972, 223.
[755] Juch 1997, 328-336; Van Drunen 2004, 23; Abma en Weijers 2005, 93-95.

stelde de inhoudelijke vereisten van de opleiding vast: behalve over theoretische en klinische scholing op het gebied van psychiatrie en neurologie diende de zenuwarts ook te beschikken over psychotherapeutische vaardigheden en het vermogen om adviesrapporten voor de rechtbank, de Rijksverzekeringsbank en de Raad van de Arbeid op te stellen. Binnen de NVPN gingen stemmen op om binnen het nieuwe specialisme subspecialismen - psychiatrie, neurologie en ook psychotherapie - te onderscheiden, deels in navolging van de differentiatie tussen psychiatrie en neurologie die op de universiteiten op gang was gekomen door leerstoelen te splitsen. Tevens werd geopperd om een onderscheid te maken tussen neurologen, gestichtsartsen en 'praktiserende', dat wil zeggen vrijgevestigde zenuwartsen.[756] Een studiecommissie van de NVPN onder leiding van H.C. Rümke, die de vereniging in de Specialisten Registratie Commissie vertegenwoordigde, adviseerde in 1935 echter om het specialisme zenuwarts niet onder te verdelen in subspecialismen, maar wel twee zwaartepunten in de opleiding aan te brengen: die tot zenuwarts-psychiater en tot zenuwarts-neuroloog. Psychotherapie als apart zwaartepunt achtte de commissie ongewenst, omdat deze therapie onderdeel diende te zijn van het gehele specialisme.[757]

Tussen 1932 en 1940 groeide het aantal geregistreerde zenuwartsen van ruim 160 tot 260; van de 260 waren er bijna 210 daadwerkelijk op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzaam.[758] Weliswaar was hiermee het aantal specialisten op het gebied van zenuw- en zielsziekten in vergelijking met 1920, toen ruim 90 artsen zich op informele basis als zodanig afficheerden in het *Geneeskundig Jaarboekje*, meer dan verdubbeld, maar het aantal geregistreerde zenuwartsen in 1940 was veel minder dan het totaal aantal beroepsbeoefenaren op psychiatrisch-neurologisch gebied (390).[759] Gestichtsartsen die vóór 1932 hun medische bevoegdheid hadden verworven en die zich naar buiten toe nooit als specialist hadden geafficheerd, werden niet automatisch in het specialistenregister opgenomen en velen van hen zagen de noodzaak ervan ook niet in, omdat de registratie net als de eerdere informele aanduiding als specialist voor zenuw- en zielsziekten in eerste instantie vooral was bedoeld om duidelijkheid op de vrije medische markt te scheppen. Het ging om de regulering van de ziekenfondsvergoeding voor specialistische medische zorg en registratie was daarom vooral van belang voor zenuwartsen met een particuliere of (poli)klinische praktijk met ziekenfondspatiënten. Slechts een kleine veertig procent van de gestichtsartsen was in 1940 in het specialistenregister ingeschreven. Een en ander hing samen met het feit dat de in de krankzinnigen- en zwakzinnigenzorg werkzame artsen zich niet alleen bezighielden met geestelijke stoornissen, maar ook met de lichamelijke gezondheidszorg van patiënten. In de discussie in NVPN-kring over de opleidingseisen werd in dit verband opgemerkt dat veel inrichtingen vanouds de voorkeur gaven aan geneeskundigen met ervaring als huisarts boven gespecialiseerde zenuwartsen. Tegen deze achtergrond is het ook begrijpelijk

[756] Notulen vergadering bestuur NVPN 16-9-1933, bijlage bij punt 6 van de agenda inzake aanwijzing van specialisten, Archief NVPN. Zie verder 2.1.2. Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten.
[757] Notulen vergadering bestuur NVPN 16-1-1921, Archief NVPN; Rümke 1935; vergelijk Abma en Weijers 2005, 97.
[758] Van Drunen 2004, 24; Abma en Weijers 2005, 95.
[759] Van Drunen 2004, 22, 24-25.

waarom de nieuwe, officieel geregistreerde zenuwartsen hun brood overwegend buiten de muren van de inrichtingen verdienden.[760]

Het hierboven genoemde aantal van 390 beroepsbeoefenaren in 1940 is vastgesteld op basis van werkplekken. Vooralsnog kwam dit cijfer niet overeen met het aantal geregistreerde zenuwartsen, dat, zoals aangegeven, lager lag omdat met name veel gestichtsartsen het niet nodig vonden om zich in het specialistenregister in te schrijven. De nieuwe definitie van het specialisme op grond van de registratie zou echter wel bepalend zijn voor de verdere ontwikkeling van het psychiatrisch-neurologische vak: na de oorlog zouden meer en meer artsen die werkzaam waren op het gebied van de psychiatrie en neurologie, dus ook gestichtsartsen en inrichtingspsychiaters, zich laten inschrijven voor het specialisme 'zenuw- en zielsziekten'. In 1940 kon inschrijving in het specialistenregister nog niet gelden als het demarcatiecriterium voor alle vakbeoefenaren. Door de oudere, informele afbakening van het specialisme op basis van werkplek te beperken tot de artsen die vóór de invoering van het register hun bevoegdheid hadden verworven en het nieuwe criterium - officiële registratie - toe te passen op alle geneeskundigen die sindsdien hun artsendiploma hadden gehaald, is de omvang van het psychiatrisch-neurologisch vakgebied in 1940 te bepalen op 315 beroepsbeoefenaren**]**.[761] In vergelijking met de periode voor 1932 werden de grenzen van het vak minder diffuus, niet alleen door de invoering van de officiële registratie en de formalisering van de specialistische opleiding, maar ook door de afname van het aantal artsen dat tijdelijk werkzaam was op psychiatrisch-neurologisch terrein of dat pas in een later stadium van hun loopbaan definitief hiervoor koos.[762] Het aantal vrouwelijke vakbeoefenaren groeide in het interbellum van 12 naar 38, waarmee hun aandeel in het specialisme verdubbelde van 5 tot 10 procent.[763]

Het ledental van de NVPN steeg tussen 1920 en 1940 van ruim 200 naar ongeveer 280, van wie tegen de 170 respectievelijk zo’n 260 daadwerkelijk actief waren in het werkveld. Voor de beroepsgroep als geheel boette het lidmaatschap aan betekenis in - de participatiegraad daalde van 77 naar 66 procent.[764] Deze afnemende betrokkenheid was in zekere zin strijdig met de eerder gesignaleerde scherpere afbakening van het beroep als gevolg van de invoering van het specialistenregister en de uniforme opleidingseisen, die de beroepsidentiteit konden versterken. Tegelijkertijd deden bepaalde middelpuntvliedende krachten hun invloed echter steeds sterker gelden, een ontwikkeling die de voorzitter van de NVPN, K.H. Bouman, met bezorgdheid vervulde. In zijn rede ter gelegenheid van het zestigjarige bestaan van de vereniging in 1931, stelde hij vast dat deze er niet in geslaagd was om de steeds verder uiteenlopende interesses en activiteiten van psychiaters en neurologen te bundelen.[765]

Al voor de Eerste Wereldoorlog was een zekere spanning ontstaan tussen universitaire beroepsbeoefenaren, wier interesse vooral uitging naar wetenschappelijk onderzoek, en gestichtsgeneesheren die de prioriteit legden bij de praktijk van de

---

[760] Van Drunen 2004, 23, 29.
[761] Van Drunen 2004, 29-30.
[762] Van Drunen 2004, 25.
[763] Van Drunen 2004, 16, 22.
[764] Van Drunen 2004, 25-26.
[765] Bouman 1931.

krankzinnigenzorg.[766] Gestichtsartsen vonden dat de NVPN het wetenschappelijk onderzoek te sterk op de voorgrond plaatste ten koste van de behartiging van hun vakbelangen. Nadat pogingen om het bestuur van de NVPN tot meer activiteiten op dit terrein aan te zetten op niets waren uitgelopen, namen enkele gestichtsartsen in 1919 het initiatief tot de oprichting van een nieuwe beroepsorganisatie om op te komen voor hun positie en belangen in de gestichten, de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGA).[767] Neurologen sloten zich ook aaneen in aparte verenigingen, hoewel hierin niet zozeer de belangenbehartiging als wel het wetenschappelijk onderzoek centraal stond: de uit 1909 stammende Amsterdamsche Neurologenvereeniging kreeg na de Eerste Wereldoorlog gezelschap van een Zuid-Hollandsche Neurologische Vereeniging en een Vereeniging voor Wetenschappelijk Onderzoek der Therapie van Zenuw- en Zielsziekten. Zenuwartsen die zich daarentegen van de biomedische neurologie verwijderden en zich toelegden op de psychoanalyse, de psychotherapie en psychologisch onderzoek, organiseerden zich deels met andere beroepsgroepen ook in aparte verenigingen: naast de sinds 1919 bestaande Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse en de in 1920 opgerichte Leidsche Vereeniging voor Psychoanalyse en Psychopathologie ontstonden de Nederlandsche Vereeniging voor Psychologie (1927) en de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (1930). Psychiaters die op forensisch terrein actief waren, beschikten al sedert 1907 over een eigen discussieforum, het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Belangstellenden voor het nieuwe terrein van de geestelijke volksgezondheid en de psychohygiëne sloten zich in de tweede helft van de jaren twintig aan bij de Nederlandsche Vereeniging voor de Geestelijke Volksgezondheid (1924) en de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (1927).

Hoewel hij de uitwaaiering en specialisatie van de psychiatrische en neurologische werkzaamheden onvermijdelijk achtte en deze deels plaatsvonden onder de vleugels van de moedervereniging, wees Bouman ook op het gevaar van verdeeldheid. Vooral vanwege het nog altijd precaire maatschappelijke aanzien van zenuwartsen - er zouden nog immer veel vooroordelen jegens hen bestaan en bij de regering vonden zij nauwelijks gehoor voor hun wensen - was het broodnodig de eenheid te versterken. 'Wij, psychopathologen, hebben elkaar veel te zeer noodig om een versnippering van onze krachten te gedoogen. […] wij mogen de onderlinge voeling niet verliezen.'[768] Boumans oproep tot meer eenheid leidde tot de vorming van een commissie die de samenwerking tussen de verschillende organisaties moest bevorderen, waarop de banden tussen enerzijds de NVPN en anderzijds de psychoanalytische verenigingen, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie en de NVGA door middel van gemeenschappelijke bijeenkomsten en excursies werden aangehaald. De meeste zusterverenigingen zegden hun medewerking toe.[769]

Overigens belichaamde Bouman zelf bij uitstek de groeiende diversiteit van het vak. Opgeleid door Winkler met een sterke nadruk op de neurologie hield hij zich als hoogleraar bezig met hersenanatomisch en neurofysiologisch onderzoek en was hij een

[766] In zijn rede ter gelegenheid van het vijftigjarige bestaan van de NVPN had de toenmalige voorzitter L. Bouman daarvan ook al gewag gemaakt. Bouman 1921.
[767] Zie daarover 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.
[768] Bouman 1931, 116-117. Abma en Weijers 2005, 71.
[769] Notulen vergadering bestuur NVPN, 2-2-1929, 4-10-1930, Archief NVPN.

van de Nederlandse pioniers in de toepassing van de malariakuur ter behandeling van dementia paralytica. Ook toonde hij veel belangstelling voor erfelijkheid, degeneratie en eugenetica. Tegelijkertijd nam hij belangrijke initiatieven op het gebied van de sociale psychiatrie: hij was pionier van de psychiatrische alcoholverslavingszorg en voorman van de hygiënistische beweging voor geestelijke volksgezondheid. Tevens toonde hij betrokkenheid bij de psychoanalyse en de kinderpsychiatrie, gaf hij een belangrijke aanzet tot een verbreding van de clientèle van de psychotherapie, voerde hij een particuliere praktijk en was hij lid van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Bouman, een pragmaticus en kundig organisator, vertegenwoordigde bij uitstek het eclecticisme dat de Nederlandse psychiatrie kenmerkte.[770] De verbreding van het psychiatrisch werkterrein, die al in de laatste decennia van de negentiende eeuw was begonnen, zette zich voort en weerspiegelde zich in de uiteenlopende medisch-biologische, psychologische, sociale, pedagogische en filosofische oriëntaties, die zich naast en door elkaar heen ontwikkelden.

2.1.2. *Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten*

De universitaire psychiatrie was vanaf het eind van de negentiende eeuw in nauwe verbondenheid met de neurologie tot ontwikkeling gekomen. Alle leerstoelen combineerden de twee deelspecialismen, maar in het interbellum begonnen deze zich van elkaar te verwijderen. Al eerder waren bijzondere leerstoelen en privaatdocentschappen op psychiatrisch en neurologisch gebied ingesteld. De eerste splitsing van de leerstoel psychiatrie-neurologie vond in 1923 plaats aan de Universiteit van Amsterdam, waar B. Brouwer naast de hoogleraar psychiatrie K.H. Bouman een professoraat in de neurologie verkreeg.[771] Brouwer speelde een leidende rol in de verzelfstandiging van de neurologie. In 1936 volgde de Universiteit van Utrecht, waar W.G. Sillevis Smitt de leerstoel neurologie ging bekleden. Aan de universiteiten van Leiden, Groningen en Nijmegen werden psychiatrie en neurologie in respectievelijk 1946, 1949 en 1971 gescheiden. Jelgersma doceerde aanvankelijk naast psychiatrie en neurologie ook neuroanatomie en forensische psychiatrie. In 1913 nam diens medewerker E. de Vries de neurologie deels en in 1919 in het geheel van hem over. In 1927 werd A. Gans lector in de neurologie en in 1946 werd de fysioloog G.G.J. Rademaker de eerste Leidse hoogleraar in de neurologie.[772] Alleen aan de Vrije Universiteit, hoewel onder L. Bouman de bakermaat van een meer psychologisch georiënteerde psychiatrie, bleven de twee vakgebieden verenigd.[773]

Vanaf de Eerste Wereldoorlog betrad een nieuwe generatie hoogleraren het toneel, te beginnen met K.H. Bouman, die in 1915 Winkler aan de Universiteit van Amsterdam opvolgde. Winkler bekleedde tot 1925 de Utrechtse leerstoel, die werd

---

[770] Opmerkelijk in verband met Boumans veelzijdigheid zijn de uiteenlopende karakteriseringen van collega's: terwijl Querido de kwalificatie 'sociaal zeer bewogen' hanteerde, omschreef Hart de Ruyter hem als 'iemand die in de microscoop tuurde naar hele rare hersenen … hoe gekker hoe mooier'. Zie Querido 1980, 36; Abma en Weijers 2005, 81.

[771] Al vanaf 1915 had J.K.H. Wertheim Salomonson, een van de eerste artsen in Nederland die wezen op het medische belang van röntgenstraling, een leerstoel bekleed voor neurologie, elektrotherapie en radiografie.

[772] Rooijmans 1998, 38, 59.

[773] Winkler-Junius 1947, 153; Biemond 1971; Eling en Koehler 2002; Eling 2002; De Waardt 2005, 106-108.

overgenomen door de oudgediende L. Bouman. Evenals tien jaar eerder in Amsterdam schoof Winkler tevergeefs de neuroloog C. van Valkenburg als zijn opvolger naar voren - andermaal een teken dat zijn exclusieve neurologische oriëntatie in de psychiatrie het pleit had verloren.[774] De nieuwkomer L. van der Horst, opgeleid door Wiersma in Groningen en vanaf 1924 aan de Valeriuskliniek verbonden, nam op zijn beurt in 1928 de plaats van Bouman op de Vrije Universiteit in. W.M. van der Scheer nam in 1930 de Groningse leerstoel van Wiersma over, waarbij ook sociale psychiatrie onderdeel van zijn leeropdracht werd. In hetzelfde jaar ging E.A.D.E. Carp te Leiden de leerstoel van Jelgersma bezetten en zes jaar later werd Rümke na de dood van L. Bouman hoogleraar in Utrecht.

Evenals voor de Eerste Wereldoorlog vormde de academische psychiatrie in de Duitstalige landen een belangrijk voorbeeld. K.H. Bouman bezocht Wenen om zich bij J.Wagner von Jauregg te bekwamen in de toepassing van de malariakuur. Van der Horst werkte als arts-assistant in Tübingen, München en Zürich onder E. Kraepelin, R. Gaupp en E. Bleuler. Carp deed psychiatrische ervaring op in München en Rümke in Zürich.[775] Terwijl K.H. Bouman en Van der Scheer beiden een biomedische met een sociaal-pedagogische benadering combineerden en mede door hun pragmatisme wars waren van wijsgerige beschouwing, deelden hun confessioneel geïnspireerde collega's L. Bouman, Van der Horst, Carp en Rümke alsook Jelgersma naast hun betrokkenheid bij neurologisch onderzoek, een sterke belangstelling voor de psychologische aspecten en de subjectieve beleving van geestesziekte. Het werk van met name de laatste drie kenmerkte zich verder door een filosofische en ook literaire inslag. Met de introductie van de fenomenologie hadden L. Bouman en zijn Valeriuskring de basis gelegd voor de geesteswetenschappelijke oriëntatie, die de universitaire psychiatrie tot de jaren zestig in hoge mate bepaalde.[776]

Anders dan Jelgersma hield Carp enige afstand tot de krankzinnigenzorg en was hij niet geporteerd voor nauwe samenwerking met Endegeest. Zoals onder meer bleek uit zijn vijfdelige leerboek, dat tussen 1932 en 1956 verscheen[777], richtte hij zich meer op neurotische en persoonlijkheidsstoornissen dan op psychosen en om de eigenheid van de universitaire psychiatrie te garanderen achtte hij een aparte universitaire kliniek nodig. Hij kreeg steun van de medische faculteit, maar uiteindelijk hield de overheid nieuwbouw op het terrein van het academisch ziekenhuis om financiële gronden tegen en bleef de Leidse universitaire psychiatrie gebonden aan Endegeest en Rhijngeest, terwijl de neurologie zich verzelfstandigde en wel een plaats kreeg in het academisch ziekenhuis.[778]

Terwijl de katholieke Carp de fenomenologische benadering met de andere toonaangevende psychologische benadering van geestesziekte, de psychoanalyse, en later ook de sociotherapie trachtte te combineren, vormde de fenomenologie voor met name de

---

[774] De Waardt 2005, 106-107, 120-130.
[775] De Waardt 2005, 287; Van Belzen 1990.
[776] De Waardt 2005, 117-134. Over de fenomenologie in de psychiatrie zie verder Verwey 1976; Verwey 1990; en de diverse publicaties van Van Belzen over L. Bouman, Van der Horst en Rümke.
[777] Achtereenvolgens verschenen delen over neurosen (1932), psychopathieën (1934), psychosen (1937), medische psychologie en pathopsychologie (1947) en gerechtelijke psychiatrie (1956). Ondanks Carps wijdlopige en omslachtige stijl bleven deze lang in gebruik in het psychiatrisch onderwijs. Rooijmans 1998, 64.
[778] Rooijmans 1998, 49-67.

gereformeerde Van der Horst het geesteswetenschappelijke alternatief voor Freuds theorie, waaraan vanuit godsdienstig oogpunt de nodige bezwaren kleefden.[779] Volgens Freud werd de mens immers gedetermineerd door het driftleven, met name de seksualiteit, en de grotendeels onbewuste mentale verwerking daarvan, een gezichtspunt dat zich moeilijk met de idee van een autonome ziel en met wilsvrijheid liet verenigen.[780] Van der Horst was onder de hoogleraren de meest expliciete voorstander van een plaats voor levensbeschouwing, met name die van het christendom, in de psychiatrie. Hoewel hij evenmin als zijn voorganger Bouman een specifiek gereformeerde psychiatrie formuleerde en zijn wetenschapsbeoefening geenszins onderschikte aan het geloof, was zijn verhouding tot de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland minder gespannen dan die van Bouman. Enerzijds stelde de vereniging zich vooral na de dood van Lindeboom minder rigide op, anderzijds wekte Van der Horst met zijn nogal filosofische beschouwingen blijkbaar minder weerstand in gereformeerde kring. In zijn oratie *Psychiatrie en wereldbeschouwing* (1928) pleitte hij voor aandacht voor de innerlijke ervaring en de levensgeschiedenis van patiënten. De *Daseinsanalyse* van de Zwitserse psychiater L. Binswanger, het begrijpen van geestesstoornissen tegen de achtergrond van de subjectieve belevingswereld van en zingeving aan het bestaan door het unieke individu, bood volgens Van der Horst een navolgenswaardige methode.[781]

Van der Horst, die zich behalve door de fenomenologie na de Tweede Wereldoorlog ook door het existentialisme zou laten inspireren, profileerde zich vanaf omstreeks 1930 met een sterk filosofisch gerichte antropologische psychiatrie, waarmee hij zich afzette tegen het natuurwetenschappelijke reductionisme en het dualisme tussen lichaam en geest. Hij was in Nederland de meest uitgesproken protagonist van de opvatting dat psychiatrie vooral een geesteswetenschap behoorde te zijn die gebruik moest maken van de *verstehende* methode ten einde de gehele persoonlijkheid van de geesteszieke en de zin van diens stoornissen te begrijpen. De antropologische psychiatrie, zoals Van der Horst en zijn medewerkers die uiteenzetten in *Anthropologische psychiatrie* (1946), was een combinatie van verschillende filosofische en psychologische stromingen, aangevuld met aan de romanliteratuur ontleende inzichten. In feite bestond het fragmentarische werk uit een eclectische verzameling van ideeën en stromingen die ook elders in de Nederlandse psychiatrie waren te vinden. De antropologische benadering was volgens Van der Horst explorerend van aard en de inzichten die zij bood waren derhalve niet afgerond, maar voorlopig. Wat ontbrak was een praktische invulling, vooral op diagnostisch en therapeutisch gebied, van dit ideeëngoed. Naar verluidt zou Van der Horst in de omgang met zijn patiënten van weinig inlevingsvermogen blijk hebben gegeven en een 'potentaat' zijn geweest.[782]

Van der Horst, die vanaf 1946 naast de leerstoel aan de Vrije Universiteit ook die aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam bezette, leidde een groot aantal zenuwartsen op; vele studenten geneeskunde en psychologie maakten kennis met zijn antropologische psychiatrie. Desalniettemin heeft hij daarmee nauwelijks school gemaakt - verder dan een tweede druk (1952) bracht zijn handboek het niet. Ondanks zijn geesteswetenschappelijke invalshoek, strekte het onderzoek in de Valeriuskliniek onder

[779] Over Van der Horst: Van Belzen 1994, 70-87; Van Bergen 2005, 286-294.
[780] Bulhof 1983, 290-291.
[781] Van der Horst 1937.
[782] Van Belzen 1990, 521; vergelijk Van Bergen 2005, 336.

zijn leiding zich ook uit op het gebied van de neuropathologie, de biochemie, de klinische psychologie, de encefalografie en de psychosomatiek. Uiteindelijk was zijn antropologische benadering geen vervanging van, maar een aanvulling op de medische psychiatrie. Zijn professoraat in de psychiatrie en neurologie combineerde hij aan de Vrije Universiteit met een leeropdracht in de experimentele psychologie. Al in 1922 was uit de Valeriuskring de Gereformeerde Psychologische Studievereeniging voortgekomen en in 1933 richtte Van der Horst, die in Groningen colleges bij Heymans had gevolgd, samen met de in de Valerius kliniek werkzame psycholoog J. van Essen het *Nederlandsch Tijdschrift voor Psychologie en haar Grensgebieden* op.[783]

Rümke, de invloedrijkste Nederlandse psychiater in de twintigste eeuw en de enige die een internationale reputatie verwierf, was evenals L. Bouman en Van der Horst de opvatting toegedaan dat de psychiatrie tegelijkertijd natuur- en geesteswetenschap moest zijn. Ook deelden zij een sterke belangstelling voor psychologie.[784] Voordat hij hoogleraar psychiatrie werd, bekleedde Rümke tussen 1933 en 1936 een leerstoel ontwikkelingspsychologie in Utrecht. In zijn oratie *Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap* (1937) stelde hij dat de biomedische aanpak verenigd diende te worden met een *verstehende*, introspectieve en empathische benadering, waartoe hij zowel de fenomenologie als de psychoanalyse geschikt achtte. Zijn proefschrift, *Phaenomenologische en klinisch-psychiatrische studie over geluksgevoel* (1923), was de eerste Nederlandse studie op het gebied van de fenomenologische psychiatrie. Zijn publicaties kenmerkten zich door veel verwijzingen naar filosofie, cultuurgeschiedenis en literatuur. Evenmin als die van Van der Horst vormden Rümke's psychiatrische denkbeelden een coherent en systematisch geheel. In zijn klinische praktijk lag de nadruk op een persoonlijke benadering van patiënten, waarbij zijn aandacht eerder uitging naar diagnostiek dan naar therapie. In zijn publicaties, die deels essayistisch van aard waren en gericht op een breed publiek, hield hij zich in het bijzonder bezig met reflectie op het vak en zijn rol in de moderne samenleving.

Mede door de fenomenologisch-antropologische oriëntatie groeide de afstand tussen de universitaire psychiatrie en de praktijk in de krankzinnigengestichten. Van de geesteswetenschappelijke benadering was in de gestichten weinig terug te vinden.[785] Over het algemeen leende de fenomenologische en antropologische optiek zich moeilijk voor praktische toepassing, zeker wanneer het om ernstig en chronisch geesteszieke patiënten ging, en richtte de aandacht van de academische psychiaters zich eerder op minder ernstige psychische stoornissen en neurosen. Van der Scheer was de enige hoogleraar met een loopbaan in de inrichtingspsychiatrie, waarin hij de 'actievere therapie' introduceerde. Naast deze sociaalpedagogische benadering ging zijn belangstelling vooral uit naar de biomedische kant van het vak. Evenals K.H. Bouman veronderstelde hij dat geestesziekten grotendeels biologisch gedetermineerd waren, maar dat sociale omstandigheden van grote betekenis waren voor de mate waarin deze samengingen met gestoorde gedragingen en uitingen. Bouman en Van der Scheer onderscheidden zich van de andere hoogleraren door een leidende rol te spelen bij de introductie in Nederland van twee nieuwe somatische therapieën. Bouman paste begin

---

[783] Van Belzen 1988e.

[784] Over Rümke: Van Belzen 1987; Van Belzen 1988b, Van Belzen 1988c; Van Belzen 1991a; Van Belzen 1994, 9-28; 29-49.

[785] Zie 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep en 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.

jaren twintig de malariakuur toe, waarbij hij in samenwerking met het laboratorium van het Tropeninstituut over malariamuggen kon beschikken en zijn kliniek de spil werd van het netwerk voor de verspreiding van met malaria besmet bloed.[786] Van der Scheer hield zich bezig met de insulinecomakuur. Wat de andere nieuwe somatische behandelingsmethoden betreft die in het buitenland waren ontwikkeld - de somnifeen-, de cardiolshock- en de elektroshockbehandeling - namen niet de hoogleraren, maar gestichtsartsen het initiatief. [787] De Engelse psychiater A. Lewis, die in 1937 een studiereis door Europa maakte en Amsterdam, Leiden en Utrecht aandeed, prees de faciliteiten van de universitaire psychiatrie in Nederland, maar hij merkte ook op dat de stafleden onvoldoende toekwamen aan het doen van wetenschappelijk onderzoek doordat zij er particuliere praktijken op nahielden en hun onderwijsverplichtingen veel tijd in beslag namen.[788]

[786] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 37-38.
[787] De Waardt 2005, 123-130.
[788] Angel, Jones en Neve 2003, 65-66.

2.2. De gestichts- en inrichtingspsychiatrie

2.2.1. *De bouw van psychiatrische inrichtingen*

Nog voordat de Eerste Wereldoorlog was afgelopen opende in 1918 te Woensel bij Eindhoven een derde Rijkskrankzinnigengesticht zijn deuren.[789] In de economisch wisselvallige jaren die ook daarna volgden – de vooral vanaf 1917 hoge inflatie sloeg in 1920 om in deflatie - ontplooiden alleen de provincies enige activiteit. In 1922 werd het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord te Beilen, een initiatief van de drie noordelijke provincies, in gebruik genomen.[790] Een jaar later kwam het voormalige Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884-1923) in handen van de provincie Noord-Holland, het derde op rij na Meerenberg (1849) – in 1918 omgedoopt tot Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort – en Duin en Bosch (1910).[791] In 1930 kwam in Friesland een nieuw buitengesticht tot stand: Groot Lankum bij Franeker.[792] De particuliere, confessionele gestichtsbouw resulteerde tussen 1927 en 1935 in zes psychiatrische inrichtingen – overeenkomstig de door inspecteur Schuurmans Stekhoven in 1915 geïnitieerde formule beschikten deze inrichtingen over een aangewezen, open of sanatoriumafdeling waar voor opname geen rechterlijke machtiging was vereist. Drie daarvan waren katholiek (de St. Josephstichting te Apeldoorn, 1927; Sancta Maria te Noordwijkerhout, 1928 en de St. Willibrordusstichting te Heiloo, 1930), één gereformeerd (Vogelenzang te Bennebroek, 1928) en twee Nederlands-Hervormd vanwege de in 1927 opgerichte Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken (Zon en Schild te Amersfoort, 1931 en Licht en Kracht te Assen, 1935).[793] De realisering van deze laatste inrichting mag, gezien de inmiddels in volle hevigheid heersende economische crisis en de in 1934 door de regering afgekondigde bouwstop voor gestichten, op het eerste gezicht opmerkelijk lijken. Er was echter geruime tijd van planning en fondsenwerving mee gemoeid voordat tot aankoop van de grond en de bouw kon worden overgegaan en de bouw van Licht en Kracht was nagenoeg voltooid toen de bouwstop van kracht werd.[794]

In de periode 1918-1935 kwamen dus 9 nieuwe (buiten)gestichten of psychiatrische inrichtingen tot stand en wisselde één gesticht (Medemblik) van eigenaar. Overigens verdween ook een gesticht: het Nederlandsch Israëlitisch krankzinnigengesticht te Amsterdam, dat eind 1921 zijn deuren sloot nadat de laatste patiënten naar Het Apeldoornsche Bosch waren overgebracht.[795] Daarmee kwam het aantal (buiten)gestichten en psychiatrische inrichtingen in 1935 uit op 39, een toename van 8 ten opzichte van de 31 gestichten en buitengestichten waarover Nederland vanaf de

---

[789] Zie over het Rijkskrankzinnigengesticht Woensel: Van der Esch 1970.
[790] Zie Van der Esch 1971-1972.
[791] Zie Cahn 1970; Vijselaar 1997a; De Boer 2004.
[792] Van der Esch 1975-1980, II: 106-107; Van Heemstra 1951; Zondag 1995.
[793] Zie over de St. Willibrordusstichting: Bakker en De Goei 2002a. Over Sancta Maria: Billekens et al. 2005. Over Vogelenzang: Kuiper 1984. Over Licht en Kracht: Kamminga 1995. Over de St. Josephstichting en Zon en Schild zijn tot dusverre geen studies verschenen.
[794] Wanneer deze bouwstop is opgeheven is ons niet bekend. De bouw van de eerstvolgende, in 1949 geopende psychiatrische inrichting, Hulp en Heil te Leidschendam, begon vlak voor de Tweede Wereldoorlog. Zie Vereniging 'Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken' s.a. [1967], 3.
[795] Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 20.

opening van St. Bavo in 1914 beschikte.[796] In deze telling zijn de eveneens onder het Staatstoezicht vallende zwakzinnigengestichten of -inrichtingen, waarover later meer, niet opgenomen. Met 6 van de 9 nieuwe gestichten liep de particulier-confessionele sector inmiddels duidelijk voorop, het zoveelste teken dat de verzuiling zich krachtig doorzette. Ook de capaciteit - afgeleid uit het aantal verpleegden - van deze 6 confessionele gestichten overtrof die van de 3 van overheidswege gebouwde gestichten ruimschoots, met 63 tegen 37 procent.[797] Vergelijken we de algehele capaciteitsgroei in de publieke of semi-publieke sector met die in de particuliere sector, dan blijkt het verschil vrijwel even groot te zijn.[798] Terwijl het aantal verpleegden in de (semi-)publieke gestichten steeg van ongeveer 9.100 in 1915 tot zo'n 12.600 in 1936, groeide hun aantal in de particuliere gereformeerde, hervormde, joodse en katholieke gestichten (die van de religieuze ordes alsmede het voor katholieken bestemde gesticht Coudewater te Rosmalen) van ongeveer 4.500 tot ongeveer 10.900.[799] Daarmee was de particulier-confessionele sector, die in 1915 over een derde van de totale capaciteit beschikte, de (semi-)publieke sector in 1936 vrij dicht genaderd. Indien we ook de semi-publieke, overwegend katholiek georiënteerde gestichten Reinier van Arkel, Voorburg en Calvariënberg te Maastricht als confessionele gestichten beschouwen, dan zou de balans zelfs doorslaan naar de confessionele gestichten.[800]

Vergelijken we de bouwinspanningen vanaf 1918 tot halverwege de jaren dertig met die uit de periode vanaf de eeuwwisseling tot aan de Eerste Wereldoorlog, dan ontlopen die elkaar op het eerste gezicht niet veel.[801] Tegenover 10 nieuwe (buiten)gestichten in de vooroorlogse periode staan er 9 in de periode 1918 tot en met 1935. In termen van capaciteitsgroei laten de beide perioden evenwel grote verschillen zien: een toename van bijna 6.000 bedden in het vooroorlogse tijdvak tegenover een toename van bijna 10.000 in de periode 1918 tot en met 1935. Hoe dan ook moge duidelijk zijn dat het interbellum tot halverwege de jaren dertig allerminst een achteruitgang of stagnatie van bouwactiviteiten liet zien.[802] In het interbellum kwam het onderwerp overbevolking in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* aanzienlijk minder vaak aan de orde dan voor de Eerste Wereldoorlog. Dat neemt overigens niet weg dat psychiaters zich, zoals hierna zal blijken, nog steeds grote zorgen maakten over de niet aflatende groei van de gestichtsbevolking, de daarmee verbonden kosten en de (veronderstelde) toename van geestesziekte als zodanig.

Evenals voor de oorlog waren de nieuwe inrichtingen op het platteland gesitueerd, al dan niet in de buurt van een kleinere stad of plaats, en doorgaans per trein bereikbaar.

---

[796] Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 126-127 en 142-143. Vergelijk de Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 150. Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940; Van der Esch 1975-1980, I: 81-82. Kerkhoven 1996, 170.

[797] Op 1 januari 1936 telden deze 6 confessionele gestichten bijna 2.760 verpleegden, tegenover ruim 1.600 verpleegden in de 3 van overheidswege gebouwde (buiten)gestichten. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 142.

[798] Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

[799] Van der Esch 1975-1980, I: 81-82.

[800] Reinier van Arkel en Voorburg telden tezamen per 1 januari 1936 ruim 1.700 verpleegden.

[801] De idiotengestichten blijven hier buiten beschouwing.

[802] Vergelijk Kerkhoven 1996, 170.

Paviljoenbouw bleef favoriet, alhoewel soms ook een andere bouwvorm werd toegepast.[803] Het merendeel van deze nieuwe inrichtingen beschikte halverwege de jaren dertig over zo'n 400 tot 600 bedden. Alleen het rijksgesticht te Woensel was met een capaciteit van ongeveer 1.000 bedden aanzienlijk groter. Van de vóór 1918 geopende gestichten beschikten medio jaren dertig ook het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (ruim 1.500), Voorburg te Vught (ruim 1.100) en Maasoord te Poortugaal (bijna 1.100) over meer dan 1000 bedden.[804] Aan de andere kant van de schaal bevonden zich de St. Josephstichting met een capaciteit van ruim 260 bedden, en Beileroord dat een gestichtsafdeling van ruim 40 bedden combineerde met zo'n 250 plaatsen in de aan deze inrichting verbonden gezinsverpleging. De situering en de grootte van de gestichten stonden op gespannen voet met de wensen van gestichtsartsen. Zo betoogde G.C. van Walsem, geneesheer-directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis nabij Santpoort, in 1919 in een voordracht voor de NVPN dat gestichten met hoogstens 200 patiënten dichtbij steden, ter wille van een makkelijker contact met de familie, veruit de voorkeur verdienden.[805]

[803] Zie Mens 2003.
[804] Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936; Van der Esch 1975-1980, I: 82.
[805] Van Walsem 1920.

Bijlage: de 38 krankzinnigengestichten in Nederland per 1935 naar beheersvorm en signatuur

Opgericht voor 1914

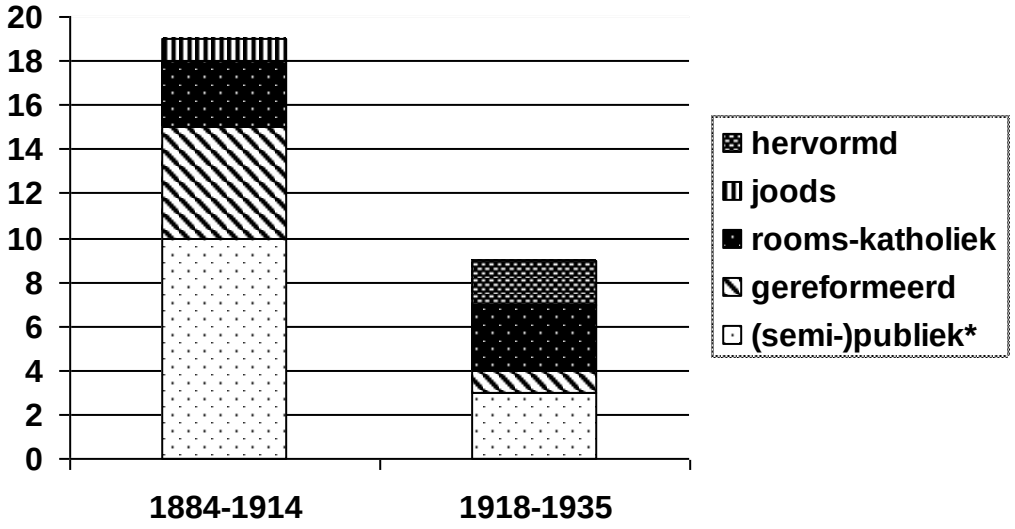
Reinier van Arkel, Den Bosch: (semi-)publiek
Willem ArntszHuis, Utrecht: (semi-)publiek
St. Elisabethsgasthuis, Deventer: (semi-)publiek
Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen: (semi-)publiek
St. Joris Gasthuis, Delft: (semi-)publiek
Huize Padua, Boekel: Rooms-Katholiek
Calvariënberg, Maastricht: (semi-)publiek
Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort: (semi-)publiek
Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker: (semi-)publiek
Coudewater, Rosmalen: Rooms-Katholiek
Brinkgreven, Deventer: (semi-)publiek
Rijkskrankzinnigengesticht (vanaf 1923 Provinciaal Ziekenhuis), Medemblik (semi-)publiek
Voorburg, Vught: (semi-)publiek
Veldwijk, Ermelo: Gereformeerd/Hervormd
Bloemendaal, Loosduinen: Gereformeerd/Hervormd
Dennenoord, Zuidlaren: Gereformeerd/Hervormd
Endegeest, Oegstgeest: (semi-)publiek
Rijkskrankzinnigengesticht, Grave: (semi-)publiek
Oud-Rosenburg, Loosduinen: (semi-)publiek
Het Groot Graffel, Zutphen: (semi-)publiek
Wolfheze, Wolfheze: Gereformeerd/Hervorm
St. Servatius, Venray: Rooms-Katholiek
St. Anna, Venray: Rooms-Katholiek
Het Apeldoornsche Bosch, Apeldoorn: Joods
Maasoord, Rotterdam: (semi-)publiek
Vrederust, Bergen op Zoom: Gereformeerd/Hervormd
Duin en Bosch, Castricum: (semi-)publiek
Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder: (semi-)publiek
St. Bavo, Noordwijkerhout: Rooms-Katholiek

Opgericht tussen 1918 en 1935

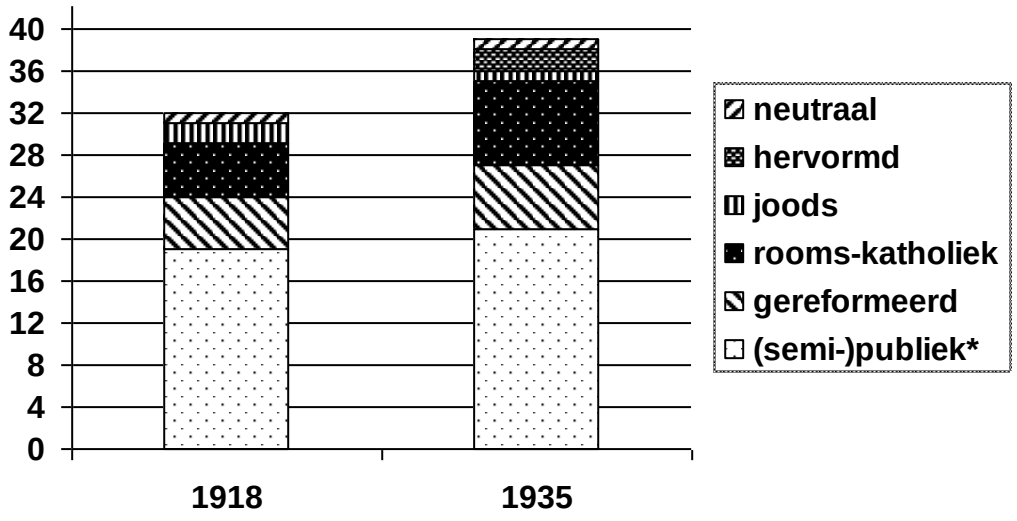
Rijkskrankzinnigengesticht, Woensel: (semi-)publiek
Beileroord, Beilen: (semi-)publiek
St. Joseph, Apeldoorn: Rooms-Katholiek
Vogelenzang, Bennebroek: Gereformeerd/Hervormd
Sancta Maria, Noordwijkerhout: Rooms-Katholiek
St. Willibrordus, Heiloo: Rooms-Katholiek
Groot Lankum, Franeker: (semi-)publiek
Zon en Schild, Amersfoort: Gereformeerd/Hervormd

Licht en Kracht, Assen: Gereformeerd/Hervormd

Figuur 2.1. Opening van krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen naar beheersvorm en signatuur 1884-1914 en 1918-1935



Figuur 2.2. Totale voorraad aan krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen naar beheersvorm en signatuur per 1918 en 1935



* Onder (semi-)publieke gestichten vallen de publieke gestichten welke beheerd werden door rijk, provincie of gemeente; semi-publieke gestichten zijn zelfstandige stichtingen onder beheer van een college van regenten, die door de gemeentelijke of (ook) provinciale overheid werden benoemd.

2.2.2. *De aangewezen of sanatoriumafdeling*

Behalve de formule van het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord - waarover meer in paragraaf 2.3.5 - betekende met name de invoering van de aangewezen of sanatoriumafdeling vanaf 1916 een in beginsel belangrijke vernieuwing. Anders dan voor het gesticht(sgedeelte) was voor opname in de aangewezen afdeling geen rechterlijke machtiging vereist. Patiënten die geen 'dwangverpleging' behoefden en voor wie een verblijf in een van de bestaande sanatoria te duur was, zouden gedurende hun verblijf in een aangewezen afdeling gevrijwaard zijn van het officiële etiket 'krankzinnig' en 'in het behoud van hunne rechten' blijven.[806] Reeds in 1918 schreef inspecteur Schuurmans Stekhoven, de initiator van dit nieuwe instituut, in het *Verslag van het Staatstoezicht* dat de ervaring opgedaan met de in 1917 ingestelde aangewezen afdeling van Maasoord te Poortugaal – na die van Huize Padua te Boekel (1916) de eerstvolgende - 'zeer bevredigend' stemde.

> Vele patiënten, wier psychose van korten duur is, ontgaan, door opneming in deze 'vrije' afdeeling, een krankzinnigheidsverklaring, hetgeen hun niet dan tot voordeel kan strekken, terwijl ten overvloede deze opneming zonder veel formaliteiten kan geschieden. Ook de mogelijkheid nerveuze patiënten, niet-krankzinnigen, op te nemen, alsmede lijders aan organische zenuwziekten, maakt het arbeidsveld van den gestichtsarts ruimer. Weliswaar zijn tot dusverre grootendeels psychotische patiënten opgenomen, maar in den loop der tijden kan ook hierin nog verandering komen. Dan zal de aangewezen afdeeling eerst recht de 'zenuwafdeling' kunnen heeten.[807]

Alle zes tijdens het interbellum gebouwde confessionele inrichtingen beschikten al direct bij de opening of spoedig daarna over een apart sanatorium.[808] Beileroord kreeg ruim tien jaar na de oprichting eveneens de beschikking over een sanatorium; voor Groot Lankum was dit moment vijf jaar na de opening aangebroken. Ook reeds langer bestaande gestichten gingen over tot de bouw van een apart sanatorium of een kliniek, bijvoorbeeld de Ramaerkliniek (behorend bij Oud-Rosenburg te Loosduinen 1926), Kliniek Ockenburg (behorend bij Bloemendaal te Loosduinen 1930), het Noorder Sanatorium (behorend bij Dennenoord te Zuidlaren 1935) en Sanatorium Kliniek Neder-Veluwe (behorend bij Wolfheze te Wolfheze 1935). In haar boek over de architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis rekent N. Mens het Noordersanatorium van architect E. Reitsma tot de meest bijzondere bouwwerken van de Nederlandse psychiatrie.[809] Sanatoria als dit markeerden volgens haar een omslag en belangrijke vernieuwing in de psychiatrie. De gestichten zouden vooral dankzij de sanatoria het aanzien van een modern ziekenhuis hebben gekregen waardoor hun reputatie aanmerkelijk verbeterde. Dit lijkt echter een wat al te rooskleurige voorstelling van zaken.

---

[806] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 18.
[807] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 100. Zie over Maasoord ook: Vos 1921.
[808] Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
[809] Mens 2003, 133. Zie ook: Furnée en Jonkman 1994.

Wat was er feitelijk aan de hand? Na een vrij trage start kreeg het instituut van de aangewezen of sanatoriumafdeling een duidelijke impuls toen de Armenwet ook ging gelden voor patiënten in aangewezen afdelingen. In de Armenwet van 1912 was geregeld dat gemeenten behalve in krankzinnigengestichten ook opnamen van arme bewoners dienden te betalen in zogenaamde aangewezen inrichtingen (universitaire psychiatrische klinieken en bij de wet als zodanig erkende liefdegestichten). Er was een wetswijziging nodig om deze regeling ook te laten gelden voor de aangewezen afdelingen. Dit gebeurde in 1929, nog net voordat de periode van economische opleving ten einde kwam. Voordien hing het van de betreffende gemeente af of een arme patiënt de mogelijkheid kreeg tot opname in een aangewezen of sanatoriumafdeling. Was het aantal aangewezen afdelingen tussen 1916 en 1929 tot 9 beperkt gebleven, in 1936 waren er reeds 25.[810] Vergeleken met de 14 in laatstgenoemd jaar als zodanig resterende gestichten - dus zonder aangewezen afdeling - waren de 25 psychiatrische inrichtingen met 64 procent ruim in de meerderheid.[811] Dit lijkt evenwel meer dan het in feite voorstelde. Zo was in 1931 hooguit zo'n 20 procent van de capaciteit van psychiatrische inrichtingen toebedeeld aan open afdelingen.[812] Hoe dit percentage zich in de jaren daarna ontwikkelde is vooralsnog onduidelijk.[813]

Een andere indicatie van de ontwikkeling van de aangewezen afdelingen bieden de opnamecijfers uit de jaren 1928-1931.[814] Het aantal opnamen in de aangewezen afdelingen steeg van ruim 760 in 1928 naar ruim 1370 in 1931. Ten opzichte van alle opnamen tezamen - dus in psychiatrische inrichtingen én gestichten - groeide het aantal in de aangewezen afdelingen in deze jaren van 17 procent naar 25 procent. Bezien we de psychiatrische inrichtingen afzonderlijk dan namen de aangewezen afdelingen in 1931 - met zoals gezegd zo'n 20 procent van de bedden - ruim de helft van de opnamen voor hun rekening. Het herstelpercentage - het percentage als hersteld ontslagen patiënten in verhouding tot het aantal opnamen - in de aangewezen afdelingen bedroeg in 1931 bijna 19.[815] Dit was, vergeleken met een herstelpercentage van 30 in ditzelfde jaar voor de gestichten en de psychiatrische inrichtingen tezamen, niet bepaald hoog.[816] Voorts was het percentage niet-hersteld ontslagenen vanuit aangewezen afdelingen (19 procent) in 1931 aanzienlijk hoger dan vanuit de gestichtsafdelingen (nog geen 13 procent).

Een en ander lijkt erop te duiden dat de aangewezen afdelingen, althans rond 1930, voor een belangrijk deel fungeerden als observatieafdeling van waaruit patiënten vervolgens zo nodig naar de gestichtsafdeling verhuisden dan wel onverrichter zake naar huis terugkeerden of naar elders gingen. Eerdere en latere observaties ondersteunen dit beeld ten dele. Toen inspecteur Schuurmans Stekhoven zijn geesteskind in 1925 evalueerde, stelde hij weliswaar vast dat een verblijf in een open afdeling – het ging op dat moment nog louter om bestaande gestichtsafdelingen die een andere bestemming

---

[810] Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
[811] De inrichtingen voor zwakzinnigen zijn weer niet meegeteld.
[812] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124-125: Bijlage II: Algemeen overzicht der beweging in de psychiatrische inrichtingen.
[813] In de verslagen van het Staatstoezicht over de jaren 1932-1936 is dit soort gegevens niet aangetroffen.
[814] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124-125.
[815] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124-125.
[816] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 120-123: Bijlage I: Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en psychiatrische inrichtingen.

hadden gekregen – meermalen neerkwam op een 'nakuur na de gestichtsbehandeling'. Vaker werd echter, volgens de inspecteur, eerst de verpleging in de open afdeling beproefd en gingen patiënten alleen naar de gestichtsafdeling als het niet anders kon. 'Er is dus eene levendige uitwisseling tusschen gesticht en open afdeeling, welke niet in haar vollen omvang maar slechts ten deele aanwijzing geeft van de sociale beteekenis van de open afdeelingen.'[817]

Het beeld dat Furnée en Jonkman van het Noorder Sanatorium in de tweede helft van de jaren dertig schetsen, wijst in eenzelfde richting.[818] Het sanatorium vervulde de functie van observatieafdeling voor nieuwe patiënten en van doorgangsstation naar de maatschappij voor gestichtspatiënten die op de nominatie stonden voor ontslag. Bovendien nam de verpleging van chronische patiënten een belangrijk deel van de capaciteit van het sanatorium in beslag. Het was al vroeg duidelijk dat hierdoor financiële besparingen mogelijk waren. Zo had een commissie van de Christelijke Vereeniging reeds in 1917 laten weten dat in open afdelingen een groter aantal chronische patiënten waren te verplegen dan in gestichtsafdelingen, 'daar in plaats van 36 M³ slechts 28 M³ worden vereischt. Een vermeerdering van 22% aldus. In paviljoenen van 40 patiënten kunnen dan 48 à 49 patiënten verpleegd worden, terwijl het aantal geneeskundigen niet grooter behoeft te worden.'[819]

Het lijkt erop dat de begin 1919 geopende sanatoriumafdeling van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort met driehonderd bedden aanvankelijk anders functioneerde.[820] Zo bestond het patiëntenbestand kort na openstelling voor zeker de helft uit 'psycho-neurotici', patiënten aan wie 'therapeutisch gezien meer eer viel te behalen' dan aan de doorsnee gestichtspatiënt. Of de samenstelling van de sanatoriumbevolking in 1930 inmiddels was veranderd, en 'het sanatorium een observatieafdeling [was] geworden voor lastige of voor zichzelf gevaarlijke krankzinnigen', zoals een van de artsen aan de Inspectie van het Staatstoezicht schreef nadat twee patiëntes zelfmoord hadden gepleegd, is niet vast te stellen.[821] Wel lijkt het aannemelijk dat het Santpoortse sanatorium ten minste gedurende de eerste jaren primair als observatie- en behandelafdeling voor 'psycho-neurotici' of 'zenuwlijders' dienst heeft gedaan - inderdaad het type 'zenuwafdeling' dat Schuurmans Stekhoven indertijd voor ogen stond.[822]

In hoeverre de aangewezen afdelingen of sanatoria het imago van de (voormalige) gestichten opvijzelden is nog maar de vraag. Sommige gestichtsartsen hadden daar al van meet af aan hun twijfels over.[823] Zij achtten het instituut van de aangewezen afdeling tot mislukken gedoemd zolang de banden met de gestichtsafdeling niet definitief waren doorgesneden. De psychiater A. Querido constateerde in 1939 in zijn boek

---

[817] Schuurmans Stekhoven 1925, 67.
[818] Furnée en Jonkman 1994, hoofdstuk 6.
[819] Furnée en Jonkman 1994, 124-125.
[820] Blok 1997a, 123-124. Bij Koninklijk Besluit van 2 december 1918 werd het gesticht Meerenberg onder de naam 'Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort' met ingang van 1 januari 1919 omgezet in een psychiatrische inrichting. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 97.
[821] Blok 1997a, 124 en 291: noot 3.
[822] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 100. Zie aan het begin van deze paragraaf 2.2.2. over de aangewezen of sanatoriumafdeling.
[823] Zie bijvoorbeeld Cox 1917.

Krankzinnigenrecht dat er van de grote verwachtingen die Schuurmans Stekhoven, en vele psychiaters met hem, koesterden van de open afdeling weinig terecht was gekomen.

> Ongelukkigerwijze hebben de medici zelf de zaak hier bedorven, door zoowel de kliniek als open afdeeling op een voor den leek onontwarbare wijze, met het begrip dwangverpleging te koppelen. In plaats dat de open afdeeling de geheele verpleging van geesteszieken op een hooger plan (het plan der 'gewone' ziekenverpleging) heeft gebracht, is het gestichts-idee, het denkbeeld der gedwongen verpleging, overgegaan op open afdeeling en kliniek.[824]

Toch is er ook een andere kant van de medaille: zelfs indien het in de beleving van patiënten en hun familie niet veel uitmaakte of opname in een sanatorium- of in een gestichtsafdeling plaatsvond, dan nog betekende opname in de ene dan wel de andere afdeling het verschil tussen een opname zonder of met rechterlijke machtiging. Opname met een rechterlijke machtiging hield op zijn minst in juridisch opzicht de nodige beperkingen in, al behoefde dit succesvolle onderhandelingen van de kant van familie over het ontslag van een patiënt niet in de weg te staan.[825] De mogelijkheid tot opname zonder rechterlijke machtiging betekende in ieder geval wel dat de inrichtingen in de praktijk gemakkelijker toegankelijk en in die zin meer open werden. Uiteraard bleef een medische verklaring vereist. Voor arme, op gemeentelijke ondersteuning aangewezen patiënten diende een speciaal hiertoe aangewezen arts de verklaring af te geven.

Ook staat nog te bezien of en in hoeverre de fysieke en organisatorische afstand tussen gestichts- en sanatoriumafdeling en het architectonisch aanzien van een sanatorium gewicht in de schaal legden. Hoe groter die afstand en hoe fraaier de architectuur, des te minder associaties een sanatorium of kliniek zal hebben opgeroepen met een gesticht, zo is de gedachte. Slechts nader onderzoek naar de waardering en het feitelijk gebruik van de diverse sanatoriumafdelingen zal uitkomst kunnen bieden. Voorlopig houden wij het erop dat het instituut van de aangewezen afdeling weliswaar belangrijke innovatieve elementen in zich droeg, maar dat zelfs een Noorder Sanatorium en vergelijkbare sanatoria niet die omslag in de psychiatrie en die imagoverbetering voor de gestichten met zich meebrachten als wel is gesuggereerd.

2.2.3. *Bouwen voor speciale groepen*

De sedert het eind van de negentiende eeuw ingezette externe differentiatie in de vorm van aparte voorzieningen voor zwakzinnigen, epileptici, alcoholisten en zenuwlijders kreeg een over het geheel genomen bescheiden vervolg in het interbellum. Daarnaast diende zich na de invoering van de 'Psychopathenwetten' in 1928 nog een nieuwe categorie aan: het 'psychopathenasiel'.

Gedurende de jaren twintig en dertig kwamen er 12 min of meer officiële inrichtingen voor zwakzinnigen - aan deze term werd inmiddels de voorkeur gegeven - bij.[826] Evenals de voor 1914 geopende inrichtingen waren ook deze latere instellingen zonder uitzondering het resultaat van particulier, overwegend confessioneel initiatief. Zes

---

[824] Querido 1939, 210.
[825] Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.
[826] Zie Van der Esch 1975-1980, III: 5. Zie ook bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

van de 12 nieuwe zwakzinnigeninrichtingen waren katholiek, de meeste andere hadden een protestantse signatuur. Twee van deze 12 - de Willem van den Bergh Stichting te Noordwijk (1923) en Huize St. Ursula te Nieuwveen (1935) - vielen onder het Staatstoezicht. Al met al stonden in 1936 4 zwakzinnigengestichten ('s-Heerenloo, Bethesda, Huize Assisië, Loozenoord) en 3 zwakzinnigeninrichtingen (Boldershof, Willem van den Bergh Stichting, Huize St. Ursula) onder het Staatstoezicht.[827] De capaciteit van de officiële zwakzinnigengestichten en -inrichtingen - afgemeten aan het aantal verpleegden op 1 januari - was toegenomen van ruim 800 in 1914 naar ruim 2.100 in 1936, waarna een verdere stijging plaatsvond naar ruim 2.800 per eind 1939.[828] Hoeveel zwakzinnigen - zowel meerder- als minderjarigen - rond die tijd in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen verbleven is niet bekend bij gebrek aan informatie over de diagnoses in de verslagen van het Staatstoezicht. De overige inrichtingen voor zwakzinnigen zullen halverwege de jaren dertig een capaciteit van naar schatting tussen de 2.500 en 3.000 hebben gehad.[829]

Het aantal inrichtingen voor epileptici en sanatoria voor alcoholisten blijkt sedert het begin van de twintigste eeuw niet noemenswaardig te zijn toegenomen. Het bleven zonder uitzondering particuliere, overwegend confessionele ondernemingen. Wel deden zich enkele verschuivingen voor. Zo vermeldt de in 1936 verschenen *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* naast de al langer vanwege de Christelijke Vereeniging voor de Verpleging van Lijders aan Vallende Ziekte bestaande inrichtingen Bethesda-Sarepta te Haarlem en Meer en Bosch te Heemstede en de betrekkelijk nieuwe, op het terrein van Meer en Bosch opgerichte Koningin Emma-Kliniek, ook een Gasthuis tegen Vallende Ziekte aan de Amsterdamse Overtoom vanwege de neutrale Nederlandsche Vereeniging tegen Vallende Ziekte, en een katholieke inrichting, Huize Providentia te Sterksel (Noord-Brabant).[830] Van de vier rond 1900 bestaande sanatoria voor alcoholisten komt er in de *Gids* van 1936 nog maar één voor: Hoog-Hullen te Eelde van de neutrale Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen. Daar waren echter inmiddels twee sanatoria van de katholieke Dr. Ariënsvereeniging en een protestants-christelijke instelling bijgekomen: Huize Esch te Vaals (1922), die in 1927 verhuisde naar Roermond (kasteel Schöndeln), de eveneens katholieke inrichting voor drankzuchtige vrouwen in Zwolle (1925), vanaf 1930 gevestigd in het St. Catharinahuis, en het aan de Nederlandsche Christen-Vrouwen-Unie toebehorende Unie-Huis te Beekbergen.[831]

De belangrijkste verandering ten opzichte van het begin van de twintigste eeuw was dat inmiddels een heel netwerk van poliklinieken dan wel consultatiebureaus was gevormd voor epileptici, alcoholisten, zenuw- en zielsziekten en moeilijk opvoedbare en

---

[827] Ook voor de onder het Staatstoezicht vallende voorzieningen voor zwakzinnigen gold het onderscheid tussen enerzijds gestichten en anderzijds inrichtingen met zowel een gestichts- als een aangewezen afdeling.
[828] De informatie over laatstgenoemd jaar is ontleend aan het Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62.
[829] Zie bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940. Indien de capaciteit van een inrichting slechts voor een later tijdstip bekend was, is dit getal naar beneden bijgesteld.
[830] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 182-187.
[831] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 180; Van der Stel 1995, 191-194.

zwakzinnige kinderen.[832] Zo beheerde de Nederlandsche Vereeniging tegen Vallende Ziekte vijf poliklinieken: in ieder van de vier grote steden en in Zwolle. Bovendien beschikte de Nederlandsche Afdeeling van den Internationalen Bond tegen Vallende Ziekte over poliklinieken in Amsterdam en Den Haag, terwijl de genoemde Christelijke Vereeniging in 1936 twee consultatiebureaus oprichtte, in Haarlem en Apeldoorn.[833] Vanaf 1909 kwamen in Nederland tal van consultatiebureaus voor alcoholisme tot stand, die zich kennelijk ontwikkelden tot geduchte concurrenten voor de alcoholisten-sanatoria: zo bleek begin 1924 dat ruim een kwart van de 130 bedden onbezet was.[834]

Op het bredere terrein van de krankzinnigenzorg werden vanaf 1916 consultatiebureaus voor zenuw- en zielszieken en aan de inrichtingen verbonden buitendiensten voor voor- en nazorg in het leven geroepen.[835] Naar het zich laat aanzien, had dit geen gevolgen voor de sanatoria en de herstellingsoorden voor 'zenuwlijders': van leegstand in de grotere sanatoria Rhijngeest en het Christelijk Sanatorium te Zeist is althans niets gebleken. Anderzijds bleef de bouw van nieuwe, wat grotere en niet onder het geneeskundig Staatstoezicht vallende sanatoria - zogenoemde 'vrije sanatoria' - na 1903 achterwege.[836] Voor zover nieuwe herstellingsoorden of klinieken voor 'zenuwlijders' in gebruik werden genomen betrof het kleinere, zonder uitzondering particuliere en op één na neutrale voorzieningen met hooguit 25 bedden. De *Gids Nederlandsche Sanatoria en Herstellingsoorden* (1935) vermeldt in totaal 19 herstellingsoorden en 'vrije sanatoria'.[837] Hooguit 10 daarvan dateren uit het interbellum. In 1936 kwam daar nog het neutrale, particuliere sanatorium Koningsheide te Schaarsbergen bij.[838] Het was bestemd voor ‘lijders aan psychosen en neurosen die zelf in hun verpleegkosten voorzien en die er prijs op stellen, dat de inrichting waarin zij verpleegd worden zoveel mogelijk hun eigen milieu benadert.’ Deze ‘aangewezen inrichting’ was opgericht dankzij een anonieme schenking door ouders van een psychiatrisch patiënt die slechte ervaringen had opgedaan in krankzinnigengestichten. Evenals het in 1926 gesloten sanatorium de Vogel- en Plantentuin in Arnhem, stond ook Koningsheide onder leiding van L.F.C. van Erp Taalman Kip. In 1944 zou Koningsheide worden opgeheven nadat het ernstige schade had ondervonden van het oorlogsgeweld tijdens de slag om Arnhem.[839]

Dat de bouw van grotere 'vrije sanatoria' achterwege bleef lag ten dele aan de totstandkoming van alternatieve voorzieningen. Om de belangrijkste te noemen: psychiatrische universiteitsklinieken, die met ingang van 1904 de status van aangewezen inrichting konden verwerven, particuliere aangewezen inrichtingen, zoals het uit 1902 daterende St. Antonius te Leur dat in 1910 de status van aangewezen inrichting kreeg en

---

[832] Zie voor nadere informatie 2.5.5. Drankverslavingszorg.
[833] Nader onderzoek naar voorzieningen voor epileptici is tot op heden niet verricht.
[834] Van der Stel 1995, 194. Zie verder 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten en 2.5.5. Drankverslavingszorg.
[835] Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.
[836] Huddleston Slater s.a. [1935], IV.
[837] Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie rubriek VII: Inrichtingen voor Zenuwzieken, Zenuwlijders, Zenuwpatiënten en Zenuwzwakken. Uit deze rubriek zijn alleen de herstellingsoorden en de 'vrije sanatoria' geteld.
[838] Zie ook bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders 1884-1940.
[839] Zie Vijselaar 2007c en de daar vermelde literatuur.

de in 1923 geopende R.K. Psychiatrisch-Neurologische Kliniek St. Jacobusstichting met een aparte sanatoriumafdeling te Wassenaar, en de aangewezen of sanatoriumafdelingen die vanaf 1916 hun intrede deden – zij vervulden alle een soortgelijke functie voor zover zij zich op een clientèle van 'zenuwlijders' richtten. In tegenstelling tot 'vrije' sanatoria vielen aangewezen inrichtingen evenals krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen onder het Staatstoezicht.[840] Konden de sanatoria aanvankelijk – en uiteraard achteraf bezien – worden beschouwd als een opmaat tot het instituut van de aangewezen afdeling, toen dit instituut eenmaal was gerealiseerd, leek er voor de markt van 'vrije sanatoria' een verzadigingspunt te zijn aangebroken. Of was dit gezichtsbedrog, en was er nog wel degelijk koopkrachtige vraag naar (meer) sanatoria, los van de psychiatrische inrichtingen? Hoe dit ook zij, de aangewezen afdelingen leken de toekomst te hebben, niet in de laatste plaats omdat arme patiënten daar wél (althans vanaf 1929) en in de 'vrije sanatoria' geen recht hadden op financiële ondersteuning van gemeentewege. Voor patiënten met een ruimere beurs, van wie sommigen waarschijnlijk ook een beroep deden op buitenlandse instellingen en vrijgevestigde zenuwartsen, was het aanbod alleen maar verder uitgebreid.

Aan de andere kant van het spectrum kwam er tijdens het interbellum bovendien nog een nieuw type voorziening bij: het 'psychopatenasiel'. De invoering van de Psychopathenwetten in 1928 markeerde een nieuwe fase in de gerechtelijke psychiatrie, die in hoofdstuk 2.3. nader aan de orde komt.

Als wij krankzinnigengestichten en de latere psychiatrische inrichtingen als psychiatrische kernvoorzieningen beschouwen, dan is de oprichting van voorzieningen voor speciale groepen patiënten als een vorm externe differentiatie op te vatten. Zwakzinnigen, epileptici, alcoholisten, zenuwlijders en nu ook psychopaten gingen gelden als patiënten met een specifieke problematiek, voor wie opname in aparte, al dan niet onder het Staatstoezicht vallende instellingen om medische, pedagogische, financiële of ook andere redenen de voorkeur verdiende boven opname in een krankzinnigengesticht of psychiatrische inrichting. De omvang van deze differentiatie, of zo men wil specialisatie, laat zich aan de hand van de toenmalige gidsen en geneeskundige jaarboekjes globaal vaststellen. Het is echter lastiger om te traceren wat deze differentiatie in termen van het feitelijk gebruik van en de praktijk in de diverse soorten inrichtingen inhield.[841] De externe differentiatie vond tot op zekere hoogte een pendant in de aangewezen afdeling: een vorm van interne differentiatie die, voor zover deze gepaard ging met de opname van vooral 'zenuwlijders', eveneens getuigde van specialisatie.

2.2.4. *Meer dan het gesticht alleen*

De inspecteurs, gestichtsgeneesheren en ook provincies toonden zich voor de Eerste Wereldoorlog keer op keer bezorgd over de verstopping van de gestichten – hoeveel er ook werd gebouwd, nooit was het genoeg – en over de stijgende kosten van de

---

[840] Zie 2.2.2. De aangewezen of sanatoriumafdeling. Zie over St. Antonius: Willemsen 1997. Zie over de St. Jacobusstichting: Huddleston Slater s.a. [1935], 142-145. Voorts beschikte het in 1931 geopende Gemeente Ziekenhuis in Arnhem van meet af aan over een apart zenuwpaviljoen voor zestien patiënten. Zie Vos 2007b.

[841] Zo die al geproduceerd en bewaard zijn gebleven, zou onderzoek op basis van patiëntendossiers uitkomst kunnen bieden.

verpleging. Desondanks leidde het een en ander niet zonder meer tot de conclusie dat Nederland alsmaar gekker werd en ook de geneeskundige functie van het gesticht kwam niet ter discussie te staan. De debatten in het interbellum vertonen ten dele andere accenten: niet zozeer het plaatsgebrek in de gestichten als wel de (vermeende) toename van krankzinnigheid en geestesziekte lijkt de vakgenoten (en ook anderen) bezig te hebben gehouden. Bovendien won de overtuiging veld dat een verblijf in een gesticht niet altijd goed uitpakte en dat ook daarbuiten naar oplossingen gezocht diende te worden, bijvoorbeeld in de vorm van voor- en nazorg, consultatiebureaus voor 'zenuw- en zielszieken' en meer algemene preventieve maatregelen. De stijgende kosten van de krankzinnigenzorg, die in het interbellum niet alleen een aanhoudende bron van zorg vormden, maar ook tot ingrijpen noopten, zijn daaraan mede debet geweest.[842]

Dat Nederland steeds gekker werd leek in vakkringen evenwel minder dan voorheen aan twijfel onderhevig.[843] En meer dan dat: het ging niet alleen om 'gekte' in de zin van krankzinnigheid, maar zenuwartsen kregen ook steeds meer oog voor andere, minder ernstige stoornissen. W.M. van der Scheer, van 1916 tot 1919 inspecteur voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en daarna geneesheer-directeur van Duin en Bosch te Castricum, liet er in een rede ter gelegenheid van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Wetenschappelijk Onderzoek der Therapie van Zenuw- en Zielsziekten (1919) geen misverstand over bestaan: 'Zeer zeker neemt het aantal zenuwzieken en krankzinnigen in de laatste decennien onrustbarend toe'.[844] Werd in 1913 ruim vijf miljoen gulden uitgegeven aan de verpleging van armlastige krankzinnigen, sedert de oorlog was deze kostenpost - deels door inflatie - reeds tot zeven miljoen gestegen. Met een jaarlijks accres van ongeveer 500 was het aantal patiënten in de krankzinnigengestichten inmiddels tot bijna 16.000 toegenomen. En daar kwamen dan, volgens Van der Scheer, nog de naar schatting minstens 20.000 geestesgestoorden bij die buiten de inrichtingen verbleven, om nog maar te zwijgen van al die ernstige zenuwlijders 'die, niet opgewassen tegen de maatschappelijke moeilijkheden, zoowel hunne medemenschen als zichzelven tot last zijn.' Toch zag Van der Scheer wel degelijk enkele lichtpuntjes. Zo rekende hij de scheppingen van inspecteur Schuurmans Stekhoven – de aangewezen afdeling en de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid (1917) - tot de grote gebeurtenissen van de laatste jaren. Dat was echter niet genoeg. Hij riep de regering op er blijk van te geven 'dat ook zij ten volle beseft, *dat de kracht van een volk zetelt in zijn lichamelijke en geestelijke volwaardigheid*.'[845] Wetenschappelijk onderzoek naar zenuwziekten en psychosen verdiende krachtige steun.

---

[842] Zie voor de discussies in het interbellum met name de hieronder vermelde publicaties in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* en de verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. Zie over de financiering van de GGZ: Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en Van der Velden 2005.

[843] De Goei (2001, hoofdstuk 1) doet het, mede onder verwijzing naar het neurastheniedebat rond 1900, voorkomen als zou er sedert het eind van de negentiende eeuw onder (zenuw)artsen een communis opinio hebben bestaan dat het aantal geestelijk ongezonde mensen in Nederland toenam, zowel in absolute als in relatieve zin.

[844] Van der Scheer 1919, 6; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 6-8.

[845] Van der Scheer 1919, 7, 10-11, 15. De cursivering is van Van der Scheer.

Ook de Amsterdamse hoogleraar psychiatrie en neurologie K.H. Bouman was van oordeel dat het met de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking niet best was gesteld – sterker nog, dat die alleen maar achteruitging. Zo liet hij in 1924 in zijn openingswoord bij de oprichtingsvergadering van de Nederlandsche Vereeniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (Vereeniging voor Psychische Hygiëne) (NVGV) weten dat het aantal 'geestelijk onevenwichtigen en invaliden' toenam en 'op den duur de draagkracht der valide bevolking te boven [zou] gaan'.[846] Vijf jaar later signaleerde hij in een artikel over sociale psychiatrie een 'merkwaardig en angstwekkend toenemen der geestesstoornissen voor geheel Nederland' en, wat de hoofdstad betrof,

> een gestage vermeerdering van z.g. 'maatschappelijk ongeschikten' – waaronder dan die geestelijk defecten zijn te beschouwen die wel niet in een krankzinnigengesticht thuis behooren, maar toch niet in staat zijn in hun eigen levensonderhoud op eenigerlei wijze te voorzien en voor wie de gemeenschap geheel moet zorgen.[847]

Zoals andere psychiaters voor hem hadden gedaan, wees hij op de invloed van de urbanisatie, de industrialisering, de hogere eisen die aan mensen werden gesteld, het sneller wordende verkeer en de biologische 'contra-selectie'. Maar ook het toegenomen zorgaanbod, het verbeterde inzicht in de beginstadia van geestesziekte en de afname van de weerstand van familieleden tegen opname hadden volgens Bouman bijgedragen aan de groei: 'men maakt zich gemakkelijker dan vroeger los van zijn zieke huisgenooten, die op den duur toch een last en belemmering vormen in de moderne verhoudingen. Kortom: de strijd tegen de opname verdween allengs zoo zeer, dat het aanbod de vraag ging overtreffen.' De stijging was dan ook te beschouwen als het inhalen van een achterstand in de zorg. Dat Amsterdam het hoogste aantal krankzinnigen in Nederland kende, bewees dat het zorgaanbod daar groter dan elders was. Verder was in Amsterdam 'de groote Joodsche bevolking - die zoo veel meer dan de niet-Joodsche vatbaar is voor zenuw- en geesteszieken' - volgens Bouman van invloed op het hoge cijfer.[848]

Opvallend is dat Bouman anno 1929 de verleden tijd gebruikte waar het ging over plaatsgebrek voor krankzinnigen: inmiddels waren er veel inrichtingen bijgekomen.[849] De verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten uit het interbellum getuigen inderdaad slechts sporadisch van plaatsgebrek in de gestichten en psychiatrische inrichtingen en dan nog louter wanneer een mede of primair uit kostenoverwegingen ingegeven verhoging van de maxima van het aantal verpleegden daarin aan de orde was. Zo valt in het verslag over de jaren 1932-1936 te lezen dat de

---

[846] Geciteerd in De Goei 2001, 15.

[847] Bouman 1929, 134-135. Zie ook Commissie van Onderzoek s.a. [1931], Meijers 1928 en 1.4.4. Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg.

[848] Bouman 1929, 137-139. Ook Kraus (1936, 902) meende dat krankzinnigheid met een hogere dan gemiddelde frequentie in de Joodse bevolkingsgroep voorkwam, maar hij merkte daarbij op dat deze ook een bovengemiddeld aantal talentvolle en intelligente mensen telde. De Amsterdamse psychiater F.S. Meijers stelde na de oorlog op basis van zijn ervaring met joodse patiënten tijdens de Duitse bezetting vast dat vooral de toename van neurosen vaak te wijten was aan bepaalde sociale invloeden. Zie Meijers 1947, 120.

[849] Bouman 1929, 135.

Inspectie in 1933 aan de minister een negatief advies uitbracht over de door Gedeputeerde Staten van een der provincies gestelde vraag of de maxima te verhogen vielen in verband met de noodzaak om te bezuinigen.[850] Inspecteur Schuurmans Stekhoven vermeldde in dit verband dat, toen in 1921 vanwege de grote behoefte aan plaatsruimte en de hoge kosten van nieuwbouw was overgegaan tot tijdelijke verhogingen van de maxima, de Inspectie ervan was uitgegaan dat rustige patiënten met iets minder plaatsruimte toekonden dan onrustige. De meerderheid van de gestichtsartsen was het evenwel niet eens geweest met de beperking van de plaatsruimte per patiënt – in de dagverblijven twee en een halve vierkante meter voor rustigen en drie voor rustigen. Zo schreef J.L.Ch.G.A. le Rütte, geneesheer-directeur van Brinkgreven te Deventer, dat door een vermindering van de vierkante meters per patiënt juist hogere kosten zouden ontstaan omdat dan een intensievere verpleging en derhalve meer personeel nodig was.[851] Een verdere verhoging van de maxima zou ten koste gaan van de patiënten en hun verpleging.[852] De plaatsruimte per patiënt en daarmee de kwaliteit van de verpleging woog voor de Inspectie inmiddels het zwaarst: daarop viel niet te bezuinigen. Van een tekort aan plaatsen repte de Inspectie in het geheel niet.

In 1936 ging P.J. Piebenga, die in 1935 Le Rütte als geneesheer-directeur van Brinkgreven was opgevolgd, nog een stapje verder toen hij in een voordracht voor het Antonia Wilhelmina Fonds aangaf dat er in sommige psychiatrische inrichtingen, vooral de duurdere, zelfs sprake was van lege bedden, in totaal zo'n 1.000 à 1.200.[853] Sterker nog, het was zijn stellige overtuiging dat er al enige jaren sprake was van een overaanbod van krankzinnigenzorg. Hij juichte de in 1934 ingestelde bouwstop dan ook toe. Immers, 'hoe meer plaatsen er beschikbaar zijn voor krankzinnigen, des te meer krankzinnigen zullen er komen, d.w.z. de indicatie tot opneming zal ruimer worden gesteld.'[854] Met deze visie liet Piebenga een duidelijk ander geluid horen dan bijvoorbeeld Van der Scheer, die de achteruitgang van de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking min of meer als een onomstotelijk feit presenteerde. Piebenga stond trouwens met zijn opvatting niet alleen. Ook K.H. Bouman had reeds gewezen op de invloed van het aanbod op de vraag en Schuurmans Stekhoven had zich rond 1930 bij de presentatie van statistieken over de ontwikkeling van de gestichtsbevolking stelliger dan voorheen gedistantieerd van gevolgtrekkingen als zou de groei ervan duiden op een toename van krankzinnigheid. Het mocht dan wel zo zijn dat de gestichtsbevolking tussen 1849 en 1929 was gestegen van bijna 4 naar ruim 27 per 10.000 inwoners, maar het zou onjuist zijn daaruit af te leiden dat 'de geestestoestand van de bevolking van Nederland slechter wordt'. Volgens Schuurmans Stekhoven speelden maatschappelijke verhoudingen een hoofdrol en had bovendien het begrip krankzinnig sedert 1850 een andere betekenis gekregen. [855]

---

[850] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 12.
[851] Zie bijvoorbeeld Le Rütte 1921.
[852] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 12.
[853] Piebenga 1936a, 25-26. Het Antonia Wilhelmina Fonds, een in 1917 opgerichte stichting van J. van Deventer en diens echtgenote, had als doel de gezinsverpleging van geesteszieken te bevorderen.
[854] Piebenga 1936a, 23-24.
[855] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 131-132; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 156. Vergelijk Schuurmans Stekhoven 1910 (vermeld in 1.4.4. Verzuild bouwen aan psychiatrie). Ook F. Grewel (1937, 61) keerde zich tegen de opvatting dat Nederland steeds gekker werd.

Of men nu wel of niet van oordeel was dat de Nederlandse bevolking gestoorder werd, er leek inmiddels een redelijke mate van overeenstemming te bestaan over de noodzaak niet langer alle kaarten op het gesticht of de inrichting te zetten, maar ook of misschien wel juist over hun muren heen te kijken.[856] In een periode dat de toename van de gestichtsbevolking zich onverminderd doorzette en de kosten van verpleging almaar stegen leek de 'sociale psychiatrie', in de beperkte betekenis van voor- en nazorg dan wel in de meer omvattende betekenis van geestelijke volksgezondheid of psychische hygiëne, zo niet de ultieme oplossing te bieden dan toch op zijn minst het tij mee te hebben.[857]

Zoals wij elders in dit boek uitgebreid uiteenzetten, won in de jaren twintig het inzicht veld dat nazorg voor uit het gesticht ontslagen patiënten en ook voorzorg voor (nog niet opgenomen) geesteszieken een belangrijke aanvulling konden betekenen op de in de gestichten geboden zorg, ja zelfs tot een vermindering of in ieder geval een verkorting van opnamen konden bijdragen. Met de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid namen de inspecteurs van het Staatstoezicht reeds in 1917 een initiatief in deze richting. Ook pleitten zij en het Antonia Wilhelmina Fonds herhaaldelijk, zij het met wisselend succes, voor een uitbreiding van de gezinsverpleging onder verantwoordelijkheid van de gestichten en psychiatrische inrichtingen. Voor wie geloofde dat het met de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking hollend achteruitging, was de vraag primair of en vooral hoe dit tij kon worden gekeerd. Voor- en nazorg voor geesteszieken en zwakzinnigen was mooi maar niet genoeg. Bevordering van de 'geestelijke volksgezondheid' of 'psychische hygiëne' werd het toverwoord. Steeds meer psychiaters en ook anderen raakten ervan overtuigd dat er naast het gesticht en de inrichting - hoe belangrijk ook - meer dan voorheen aanvullende en zo mogelijk vervangende hulpverlening moest komen. In dit opzicht was er ook voor de gestichten en inrichtingen zelf een taak weggelegd.

[856] Zie bijvoorbeeld Meijers 1928.
[857] Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

2.3. Krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen

2.3.1. *'Achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal' – verhalen van Fré Dommisse*

In 1929 verscheen *Krankzinnigen*, een autobiografisch getinte roman van de in 1900 geboren Fré Dommisse.[858] Zij beschrijft hoe haar romanpersonage Dé – die even oud blijkt te zijn als Fré zelf - vijf maal gedurende een betrekkelijk korte tijd werd opgenomen, wat zij zoal meemaakte en hoe het haar uiteindelijk, zo'n vier jaar later, lukte zover te herstellen dat ze, naar het zich liet aanzien, definitief kon terugkeren naar de maatschappij. Dé's eerste opname vond plaats tijdens de Eerste Wereldoorlog. Zij verbleef toen zeven maanden lang in een 'kliniek' en werd daar kunstmatig gevoed wanneer ze uit schuldbesef niet wilde eten – vermoedelijk leed zij aan een depressie.[859] Na een verblijf van twee maanden thuis volgde opname in een 'krankzinnigengesticht' van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen. Dé werd daar door een verpleegster en een verpleger per auto heengebracht.

> Ik stond in de badkamer. De hoofdzuster van het paviljoen had me ontvangen met de eerste verpleegster. […] Een vreemd gevoel kwam over me. Het was als gebeurde alles om me heen zonder dat ik er in werkelijkheid bij was. Slechts één gedachte nam me in beslag: 'Je bent in een krankzinnigengesticht, je bent krankzinnig!' […]
> De zuster, die me hielp, had een prettig vriendelijk gezicht, ze was forsch gebouwd, had blond haar en blauwe oogen. Streng leek mij de hooge boord dien ze droeg. Aan de ronde zilveren broche zag ik, dat ze gediplomeerd was. Er stond een kruis, een anker en een hart op gegrift: geloof, hoop en liefde. Er omheen: 'Christelijke verzorging van Krankzinnigen in Nederland'.
> Ik was klaar, alleen de pantoffels die ik aan had, waren van mezelf. Ik was in een blauw wollen rok en een wit jakje gekleed. De zuster nam mij onder de arm en opende met een sleutel, die aan een leren riem met ijzeren ring om haar middel hing, de deur waarachter ik het zingen en vloeken hoorde. Ik werd naar binnen geduwd en de deur zorgvuldig achter me op slot gedaan. Toen overviel mij een ontzettende angst en benauwenis, al bleef ik uiterlijk kalm.
> Krampachtig tegen de deur gedrukt bleef ik staan.
> Dit was dus de zaal, waar ik zou moeten liggen, dit waren de mensen, die net als ik krankzinnig waren. Hier onder dit luid zingen en vloeken zou ik tot rust moeten komen. Waar waren de bossen en waar was de frisse lucht, mij beloofd? Benauwde zaallucht sloeg me tegen.
> Een vrouwtje stond recht overeind in haar bed, ze had een kort blauw-gebloemd jakje aan, het hemd reikte tot de knieën, bloot en mager waren de benen, smal en geel was het gezicht, groot en donker de ogen. Met zacht gegiechel danste ze zingend heen en weer, vooruit en achteruit, om plotseling met schelle schatering onder het dek te schieten.

---

[858] Dommisse 1929. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II voor meer informatie over Dommisse.
[859] Dommisse 1929, 44.

> Een meisje met strak gezicht, de lange haren sluik om het hoofd, zat geleund tegen het houten hoofdeind. Haar ogen waren vreemd ver weg toen ze me aankeek.
> Met open mond en grote angstige ogen in het magere gezicht, staarde een oud vrouwtje mij aan. 'Moord, moord! Och Here, och Here, daar komt er weer een, die ze vermoorden gaan. Móórd, móórd!'
> Geen voet had ik nog verzet.[860]

Dé probeerde zo vlug mogelijk uit het gesticht weg te komen. Na twee maanden kreeg ze voorwaardelijk ontslag. Al na twee weken was ze terug. Wilde ze hierna voor ontslag in aanmerking komen, dan moest ze zich drie maanden achtereen 'rustig' en 'medewerkend' gedragen. Bij een terugval naar 'onrust' stond haar overbrenging van de 'ziekenzaal' naar de 'achterzaal' te wachten en zou het aftellen van voren af aan beginnen. Op de achterzaal moesten twee of drie verpleegsters Dé soms een hele nacht 'vasthouden' om haar ervan te weerhouden dat ze zichzelf of anderen iets zou aandoen. Ook kwam het voor dat ze werd 'ingewikkeld' in een nat laken met daaromheen een vastgenaaide wollen deken. Eenmaal terug op de ziekenzaal begon de worsteling om drie maanden rustig te blijven opnieuw.

> Een plotseling angst zwiepte in me op. […] Ik wist het, dan heette ik in de war en ik zag Trui [een mede-patiënte] ernstig het hoofd schudden. Totdat zuster Van Pelt binnenkwam en zei, dat ik nu rustig in bed moest blijven, want dat ik anders naar de achterzaal zou moeten en dat dit jammer zou zijn, want dat 't nu al weer zo lang goed gegaan was en dat ik aan mijn moeder moest denken. Soms lukte het en kon ik me dwingen in bed te blijven, ik dacht aan huis en kroop krampachtig onder het dek, maar meermalen ging het niet en laaiden de onrust en de angst in me op. Dan werd er op de achterzaal weer een bed klaargemaakt en kwam ik na enkele dagen of weken tot het besef van mijn kans weer verspeeld te hebben.
> - Weer opnieuw beginnen. - Drie maanden. -
> - achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal, en toch telkens weer de hoop, dat dit nu wel de laatste keer zou zijn, dat ik nu voor het laatst op de achterzaal gelegen had en van de ziekenzaal uit naar de dagzaal zou mogen en van de dagzaal uit naar huis.[861]

Het zou twee jaar duren eer het zover was. Thuis ging het echter na een half jaar alweer mis met Dé. Ditmaal werd ze in een 'sanatorium' opgenomen. Daar begon ze te tekenen, hiertoe aangemoedigd door een mede-patiënte. Op een gegeven moment ging Dé's toestand echter sterk achteruit. Ze slikte gevaarlijke voorwerpen in en weigerde te eten. Opnieuw volgden inwikkelingen en kunstmatige voeding. Daarna verhuisde ze naar weer een ander gesticht. Na deze vijfde (her)opname kwam de verlossing in de vorm van een arts die begrip toonde en geloofde dat Dé kon genezen. Die overtuiging wist hij ook op Dé zelf over te brengen, met succes: uiteindelijk ging ze op een oudejaarsdag met ontslag, zij het dat de behandeling bij deze arts thuis werd voortgezet.[862]

---

[860] Dommisse 1929, 1-2.
[861] Dommisse 1929, 45.
[862] Dommisse droeg haar boek op 'aan de nagedachtenis van Dr. H. Breukink, die zijn leven voor zijn patiënten gegeven heeft'. Deze zenuwarts was van 1901 tot 1928 verbonden aan de Willem Arntsz Stichting

Naar Dommisse later als reactie op een recensie van haar boek schreef, was *Krankzinnigen* geenszins bedoeld als 'waarschuwing tegen inrichtingen voor geesteszieken', maar juist als een bijdrage tot het dichten van de kloof tussen normale en abnormale mensen. Voor verplegenden was daarbij een belangrijke taak weggelegd, zo stelde zij.[863] Ook Dommisse zelf bleef zich voor de zaak inzetten. Tien jaar later, in 1939, verscheen van haar hand een 'populair boekje' over de verpleging van geesteszieken, getiteld *Opdat er kieme….* Bij lezingen die ze in verschillende plaatsen over de verpleging van geesteszieken had gehouden, had het haar meermalen getroffen 'hoe ontstellend onkundig men dikwijls is omtrent de leefwijze der patiënten in de gestichten. Deze onkunde is geen gemis aan belangstelling, doch zij moet, dunkt mij, voornamelijk geweten worden aan gebrek aan voorlichting.' Zij hoopte dat 'een vluchtige rondgang over het gestichtsterrein' zou kunnen bijdragen 'tot meer besef van de waarde der tegenwoordige verpleging van geesteszieken'.[864] Dommisse verwees daarbij expliciet naar het in 1933 verschenen boek van Van der Scheer over de 'actievere therapie' – waarover hierna meer. In feite ging zij nog een stap verder door de wereld van het gesticht ten voorbeeld te stellen aan een maatschappij die zelf 'in een dolhuis dreigt te veranderen waarin de redeloosheid zegeviert en de – geestesgezonde – mensch tot de vreeselijkste excessen in staat blijkt'.

> Thans legt een kleine maatschappij van geesteszieken in onze verworden samenleving, waarin wij iederen dag worden opgeschrikt door de weerzinwekkendste berichten, een getuigenis af dat voor den normalen mensch diepe beteekenis heeft – het getuigenis dat ondanks waan en ziekte toch saamhoorigheid mogelijk is. […] Verborgen voor het oog der waanzinnige wereld wordt ons in de maatschappij der 'waanzinnigen' een voorbeeld gegeven van arbeidzaamheid, orde en verdraagzaamheid.[865]

Dankzij de 'ontdekking' dat alle patiënten, zowel rustige als onrustige, 'opvoedbaar' zijn en goede gewoonten kunnen aanleren en slechte afleren, waren medici, aldus Dommisse, 'tot het besef gekomen dat het "onschadelijk" maken der zieken, hetzij door langdurig isolement, hetzij door gemeenschappelijke opsluiting zonder meer, onvermijdelijk tot algehele achteruitgang moest leiden'. Het inzicht had terrein gewonnen dat krankzinnigengestichten geen 'oorden der verschrikking' hoefden te zijn en dat

> ondanks ziekte en leed in een gesticht toch een geest van saamhorigheid en liefde, ja, soms zelfs van blijdschap heerschen kan, mìts, en hier ligt het zwaartepunt, mits door hen die de verzorging der zieken op zich hebben genomen, de helpende hand wordt uitgestoken. Een helpende hand, die de stuurlooze of onwillige handen richten moet bij gemeenschappelijke arbeid en ontspanning en die niet

---

te Utrecht en publiceerde onder meer over hypnose bij geestesziekten. Zie Hut et al. 1961, 552. Dr. H. van der Hoeven, geneesheer aan de Willem Arntsz Stichting, schreef een korte, positief getoonzette inleiding voor Dommisse's boek.

[863] Vermeld in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

[864] Dommisse 1939, 3-4.

[865] Dommisse 1939, 4.

> meer als voorheen door toepassing van allerlei dwangmiddelen zich tegen den patiënt moet keeren.[866]

In een 'goede gestichtsgemeenschap' viel, zo stelde Dommisse, het onderscheid tussen verplegend en huishoudelijk personeel en de patiënten 'in zekeren zin geheel weg'.

> De verplegenden zien thans in de patiënten niet slechts de 'hulpbehoevenden', de 'abnormalen', maar eveneens de medewerkers bij den arbeid en clubgenooten in het vereenigingsleven. Door deze samenwerking weet men zich ook voor elkaar verantwoordelijk en dank zij dezen kameraadschappelijken omgang zijn de patiënten niet, als vroeger, verstoken van den gewonen omgang met normalen, terwijl zij eveneens in het verplegend personeel hun bondgenooten weten, die zij veel beter leeren kennen.[867]

Fré Dommisse was de eerste voormalige patiënt in Nederland die zich met publicaties en anderszins inzette voor een gunstiger en realistischer beeldvorming over geesteszieken en hun behandeling in de krankzinnigengestichten, en die tevens duidelijk liet blijken hoezeer het welslagen van de gestichtsverpleging afhankelijk was van de houding en inzet van het verplegend personeel en van de artsen.

Wat speelde zich ondertussen verder af in de gestichten en psychiatrische inrichtingen? De beloftes van het nieuwe bestonden uit meer dan alleen het instituut van de aangewezen afdeling en de ontwikkeling van de voor- en nazorg. Ze hadden ook betrekking op de nieuwe somatische therapieën en op de sociaalpedagogisch georiënteerde 'actievere therapie', die in de jaren twintig en dertig ingang vonden. Nadat duidelijk was geworden dat de bedverpleging en de permanente baden in therapeutisch opzicht minder opleverden dan artsen er rond 1900 van hadden verwacht, waren de nieuwe therapieën meer dan welkom. Stuk voor stuk hielden zij de belofte van wezenlijke vooruitgang in.

Hierna zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de gestichtsbevolking zoals die uit de statistieken van de Inspectie naar voren komt, ontwikkelingen op het gebied van de verpleging, de rol van de gestichtsartsen met inbegrip van de diverse therapieën, de behandeling die de patiënten ten deel viel, en de manier waarop hun ontslag tot stand kwam en wat daarop volgde. Werd in het vorige deel over de periode 1884-1918 uitvoeriger stilgestaan bij hetgeen aan de opname voorafging, dit hoofdstuk bevat verhoudingsgewijs meer informatie over de terugkeer naar de maatschappij. De kostenstijgingen in de krankzinnigenzorg en de pogingen om die te keren vormen bij dit alles een herhaaldelijk terugkerend thema.

2.3.2. *De gestichts- en inrichtingsbevolking*

Tijdens de hier besproken periode brachten de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten in de verslaglegging twee wijzigingen aan. Ten eerste onderscheidden zij de psychiatrische inrichtingen – de gestichten met een aangewezen afdeling – van meet af aan door middel van cursivering van de gestichten

[866] Dommisse 1939, 6.
[867] Dommisse 1939, 65.

zonder aangewezen afdeling.[868] Ten tweede werd vanaf 1915 niet langer gesproken van idioten- maar van zwakzinnigengestichten, en werden deze in de statistieken met ingang van 1932 van een asterix voorzien ter onderscheiding van de (krankzinnigen)gestichten en psychiatrische inrichtingen. Inspecteur Schuurmans Stekhoven verkoos de naam zwakzinnigengesticht boven idiotengesticht omdat daarin 'toch niet uitsluitend idioten (stompzinnigen), maar ook imbecillen (zwakzinnigen)' werden verpleegd en hij meende te weten 'dat de naam zwakzinnigengesticht voor de verwanten van de verpleegden aangenamer zal zijn en wellicht bevorderlijk aan de opneming van patiënten.'[869] Dat de onder het Staatstoezicht vallende zwakzinnigengestichten en -inrichtingen met ingang van 1932 als zodanig werden onderscheiden was in feite een formalisering van een feitelijk bestaande situatie. Toch ging de Inspectie er vooralsnog niet toe over om aparte statistieken voor deze instellingen te publiceren. Vergeleken met de 'Inrichtingen voor krankzinnigen' (gestichten en psychiatrische inrichtingen), die volgens opgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek op 31 december 1939 bijna 25.000 plaatsen en iets meer dan 24.000 patiënten telden, namen de 'Inrichtingen voor zwakzinnigen' (zwakzinnigengestichten en -inrichtingen) toen nog een tamelijk bescheiden positie in met ruim 2.800 plaatsen en iets meer dan 2.600 patiënten.[870] De bevolking van de gestichten en de psychiatrische inrichtingen bestond echter voor een niet onaanzienlijk deel - we weten niet hoe groot - uit zwakzinnigen.[871] De door de Inspectie gepubliceerde overzichten en analyses en de (mede) hierop gebaseerde analyses van tijdgenoten betreffen vrijwel steeds de bevolking van de gestichten en de psychiatrische inrichtingen met inbegrip van de bevolking van de zwakzinnigengestichten en - inrichtingen.[872]

In navolging van deze contemporaine publicaties behandelen wij de ontwikkeling van de gestichtsbevolking hierna, tenzij anders vermeld, integraal, dus inclusief de bevolking van de zwakzinnigengestichten en -inrichtingen. Tijdens de Eerste Wereldoorlog steeg de gestichtsbevolking van ongeveer 14.500 op 1 januari 1915 naar ruim 15.500 begin 1918, al moet gezegd dat zich met name in de beide laatste oorlogsjaren een flinke daling van de groei aftekende, die vervolgens zelfs leidde tot een

---

[868] Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a.

[869] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 11.

[870] Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62. In deze aflevering worden cijfers per 31 december 1939 en 31 december 1946 gepresenteerd van Inrichtingen voor krankzinnigen en Inrichtingen voor zwakzinnigen. Deze cijfers zijn gebaseerd op door de Inspectie verzamelde, maar niet gepubliceerde gegevens. Na 1936 zou het dertig jaar duren eer een volgend verslag van de Inspectie - over de jaren 1969-1974 - verscheen. Zie ook bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland, 1884-1964 en bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997. Vergelijk Pameijer 1940, 191.

[871] In 1909 maakten 'imbecielen' en 'idioten' tezamen 20 procent (in totaal 2340) van de totale gestichtsbevolking uit. Van hen was hooguit een kwart in 'idiotengestichten' ondergebracht. Zie Schuurmans Stekhoven 1922, 174-175. Helaas zijn dergelijke overzichten niet gepubliceerd voor latere jaren.

[872] Ook de onder toezicht van de gestichten vallende gezinsverpleging is in de tellingen van de Inspectie opgenomen. Zie voor analyses van de gestichtsbevolking uit het interbellum met name Kraus 1933 en voorts de dissertatie van Van den Bergh 1922. De door Van der Esch samengestelde overzichten van respectievelijk patiëntenaantallen in gestichten en psychiatrische inrichtingen zijn exclusief de zwakzinnigeninrichtingen. Van der Esch 1975-1980, I.

eenmalige, absolute afname van het aantal opgenomen patiënten met ongeveer 150.[873] De dalende groei en de uiteindelijke kleine terugloop waren voornamelijk het gevolg van de sterke toename van de sterftecijfers in 1917 en 1918: de slechte voedselvoorziening alsmede de Spaanse griep in 1918 eisten hun tol.[874] Daarna steeg het aantal patiënten continu om begin 1928 uit te komen op meer dan 20.000 en eind 1939 op ruim 27.000.[875] Evenals in de voorgaande periode nam de gestichtsbevolking sneller toe dan de Nederlandse bevolking als geheel. Verbleven er eind 1919 op iedere 1.000 inwoners 2,3 in een gesticht of psychiatrische inrichting, eind 1929 was dit aantal gestegen naar 2,7 en eind 1939 naar ruim 3,1.[876]

De psychiater G. Kraus wijdde in 1933 zijn dissertatie, *Krankzinnigheid in Nederland. Een sociaal-psychiatrische studie*, aan de ontwikkeling van de gestichtsbevolking vanuit de indertijd veld winnende gedachte dat krankzinnigheid 'niet is een ziekte van het individu op zichzelf, doch […] een stoornis in de verhouding tusschen het individu en de gemeenschap'.[877] De belangrijkste factoren die bijdroegen aan een hoge 'asyleeringscoëfficiënt' - de verhouding van de gestichtsbevolking tot de totale bevolking - bestonden volgens hem uit de nabijheid en daardoor goede bereikbaarheid van gestichten en psychiatrische klinieken, een toereikende financiële draagkracht der gemeenten (Kraus' onderzoek betrof met name patiënten die geheel of ten dele voor rekening van de armenzorg kwamen), een hoge bevolkingsconcentratie en goede sociaal-hygiënische voorzieningen.[878] De hogere asylering in steden schreef hij, evenals K.H. Bouman eerder, primair toe aan de geringere bereidheid en mogelijkheden om geesteszieken daar in de eigen omgeving te blijven verzorgen. Amsterdam liep op kop met in 1928 op iedere 1.000 inwoners zo'n 4,1 van gemeentewege verpleegde patiënten. Utrecht, Rotterdam en Den Haag volgden op afstand met respectievelijk 3,2, 2,8 en 2,6 per 1.000 inwoners.[879]

Uit de verslagen van het Staatstoezicht blijkt voorts dat het jaarlijks aantal opnamen - exclusief de onderlinge overplaatsingen tussen gestichten - een minder continue stijging vertoonde dan die van de gestichtsbevolking als geheel. Op dit fenomeen ging Kraus niet nader in. Van ruim 3.000 opnamen in 1915 en 1916 steeg het aantal opnamen in de twee daarop volgende jaren naar tussen de 3.400 en 3.500, om

---

[873] De opgaven van de 'sterkte der bevolking' in de verslagen van het Staatstoezicht (zie de algemene overzichten) hebben steeds betrekking op 1 januari van het betreffende jaar. Zie de tweede kolom van tabel 1: Sterkte der bevolking, opnamen, afvoeringen en toename capaciteit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936. Tenzij anders vermeld zijn ook de hierna volgende cijfers ontleend aan de verslagen van het Staatstoezicht.

[874] De sterftecijfers liepen op van 1.369 in 1916 naar 1.738 in 1917 en 2.127 in 1918. In 1919 liep de sterfte terug naar 1.635. Zie tabel 2.2.

[875] Cijfers over de jaren 1937 tot en met 1939 zijn ontleend aan: Pameijer 1940, 191. Volgens het CBS was de sterkte van de gestichtsbevolking eind 1939 ongeveer 1.000 lager.

[876] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 131; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 119; Pameijer 1940, 191.

[877] Kraus 1933, 7. Kraus promoveerde bij Van der Scheer, voormalig geneesheer-directeur van Santpoort (1921-1930) en sedert 1930 hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Kraus was Van der Scheers opvolger als geneesheer-directeur van Santpoort.

[878] Kraus 1933, 157-160. Naarmate de zuigelingensterfte en onder andere de sterfte aan tuberculose dankzij voorzieningen als consultatiebureaus afnamen, vertoonde de asyleringscoëfficiënt een stijgende tendens.

[879] Kraus 1933, 3.

vervolgens van 1918 tot en met 1921 iets boven de 4.000 uit te komen.[880] Daarna bleef het aantal opnamen - nog steeds exclusief de onderlinge overplaatsingen - tot 1929, een enkele uitzondering daargelaten, beneden de 4.000. Na 1929, toen de gewijzigde Armenwet de gemeenten verplichtte ook de opname van behoeftigen in een aangewezen afdeling te bekostigen, steeg het aantal opnamen tot ver boven de 4.000 om, na enkele jaren pas op de plaats, in 1936 de 5.000 te passeren en in 1938 flink boven de 5.800 uit te komen. Gemiddeld zo'n 14 procent van het totale aantal opnamen betrof overplaatsingen van de ene naar de andere inrichting.[881]

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen in welke mate schommelingen in het aantal opnamen - exclusief de onderlinge overplaatsingen - verband hielden met enerzijds de toename van capaciteit dankzij de opening van nieuwe psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor zwakzinnigen, de uitbreiding van bestaande gestichten of de verhoging van de toegestane maxima en anderzijds het aantal ontslagen - al dan niet hersteld - of overleden patiënten. Tabel 2.1 laat zien dat de opening van nieuwe inrichtingen doorgaans, hetzij in hetzelfde jaar, hetzij in het daarop volgende jaar, gepaard ging met een stijging van het totale aantal opnamen. Daarentegen volgde op de verhoging van de maxima in 1921 geen stijging, maar, zoals hieronder toegelicht, een daling van het totale aantal opnamen. De forse stijging - dan wel stabilisatie op een hoog niveau - van het aantal opnamen in de jaren dertig lijkt mede mogelijk te zijn gemaakt door een, mede dankzij de voor- en nazorg, voortvarender verlof- en ontslagbeleid en een toename van de gezinsverpleging.[882]

In lijn met Kraus' bevindingen over de financiële draagkracht van gemeenten lijkt het erop dat de stagnerende groei van het aantal opnamen in de periode 1922-1928 mede te wijten was aan een forse stijging van de verpleegkosten. Deze bereikten het hoogste niveau in de jaren 1920 tot en met 1924, toen de gemiddelde kostprijs rond de 1.000 gulden per jaar bedroeg.[883] Om een indruk te geven van de ontwikkeling over een iets langere periode: in 1913 kostte een jaar verpleging in een tiental instellingen gemiddeld ruim 400 gulden en in 1933 bijna 850 gulden.[884] De reële kostenstijging van een verpleegdag is grotendeels op het conto van de stijgende loonkosten te schrijven, die op hun beurt weer samenhingen met de verbetering van de algemene welvaarts- en inkomensgroei in de jaren tien en twintig alsook een verkorting van de werktijden.[885] Daar kwam nog bij dat de voedsel- en brandstofprijzen, mede ten gevolge van de inflatie, omhoog waren gegaan.

---

[880] Tabel 2.1 bevat de precieze cijfers; in de tekst worden afgeronde aantallen vermeld.
[881] Zie in tabel 2.2 de kolom 'naar ander gesticht (% t.o.v. opnamen)'.
[882] Zie in tabel 2.2 de kolommen hersteld en niet hersteld, en vergelijk de kolommen twee en drie van tabel 2.1. Zie voorts over vervroegd ontslag en voor- en nazorg in de maatschappij in de periode 1932-1936: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 13. Zie tevens over de voor- en nazorg: 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.
[883] Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland s.a. [1919-1930, 1934]. Met dank aan C. Th. Bakker en H. van der Velden. Hun nog lopende onderzoek wijst voorts uit dat de verpleegkosten ook stegen doordat de tarieven vanaf omstreeks 1920 aan de stijgende exploitatiecijfers werden aangepast. Tijdens de Eerste Wereldoorlog waren grote verliezen geleden, die ten koste gingen van het onderhoud en andere zaken.
[884] Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 14-15.
[885] Bakker en Van der Velden 2004a, 14-15. Zie ook hierna 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep.

De groei van het aantal opnamen na 1928, toen het economisch tij nog mee zat en gemeenten ook opnamen zonder rechterlijke machtiging dienden te vergoeden, verkeerde in de jaren 1931-1934 (mede) onder invloed van de economische depressie in stagnatie, zij het, met aantallen van rond de 4.700, op een inmiddels aanzienlijk hoger niveau dan in de jaren twintig. Om de kosten nog enigszins in de hand te houden werd enerzijds ingezet op een sneller ontslag van patiënten, met inbegrip van een op ruimer schaal toegepaste verlofregeling, voor- en nazorg én op de goedkopere gezinsverpleging. Anderzijds bedongen provincies en gemeenten lagere verpleegprijzen.

Met name de gemeenten, die in 1929 tezamen bijna de helft van de uitgaven aan krankzinnigenzorg droegen, maar ook de provincies die goed waren voor ruim een-vijfde van de uitgaven, hadden er alle belang bij om onder economisch moeilijke omstandigheden goedkopere oplossingen te zoeken voor hun armlastige krankzinnigen, geestes- en zenuwzieken en zwakzinnigen.[886] Zolang de economische situatie dit toeliet, bevorderde het groeiende aanbod van gestichts- en inrichtingsbedden de vraag. Toen er minder geld beschikbaar kwam, ging dit niet langer op. De gemeente Amsterdam, zoals gezegd met veruit het hoogste aantal van gemeentewege in gestichten en psychiatrische inrichtingen verpleegde patiënten, had reeds in 1926 een commissie aan het werk gezet om de problemen te inventariseren. Het in 1931 verschenen rapport liet er geen misverstand over bestaan: Amsterdam zat op veruit de hoogste lasten voor 'de verpleging en verzorging van krankzinnigen en andere geestelijk gebrekkigen' en diende dan ook alles in het werk te stellen om de kosten te beteugelen, onder andere door middel van reorganisatie en uitbreiding van de voor- en nazorg.[887]

Enige tijd later werd ook van rijkswege actie ondernomen om tot bezuinigingen te komen. Zo adviseerde de interdepartementale commissie-Frederiks tot de in 1934 afgekondigde bouwstop in de verwachting dat daardoor de bezettingsgraad van de instellingen zou stijgen en de kosten per verpleegdag zouden dalen. Voorts dwong de overheid, naar voorbeeld van de provincie Zuid-Holland, de gestichten op grond van een vergelijkende inventarisatie tot besparingen op de exploitatiekosten.[888] Een en ander leidde inderdaad tot een verlaging van de verpleegprijzen, hetgeen weer doorwerkte in de van overheidswege te verstrekken subsidies.[889]

Over de samenstelling van de gestichtsbevolking waren de verslagen van het Staatstoezicht in het interbellum tamelijk summier. In feite moeten we het doen met de vaste informatie over het geslacht van de patiënten en de meer incidenteel verstrekte gegevens over hun leeftijd en godsdienstige gezindte. Informatie over de 'vorm der krankzinnigheid', zoals die vóór de Eerste Wereldoorlog incidenteel nog wél voorkwam, ontbreekt in de latere verslagen ten enenmale.[890] Evenals in de periode 1884-1918 waren

---

[886] Bakker en Van der Velden 2004a, 19. In 1929 werd bijna 15 miljoen gulden aan krankzinnigenzorg uitgegeven, waarvan zo'n 23 procent door particulieren, ruim 49 procent door gemeenten, ruim 21 procent door provincies en bijna 6 procent door het rijk.

[887] Commissie van Onderzoek s.a. [1931]; Bakker en Van der Velden 2004a, 22-23. Zie hierna ook 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

[888] Zie De Goei 2001, 122-124; Bakker en Van der Velden 2004a, 19.

[889] Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 86.

[890] De laatste rapportage over de vorm der krankzinnigheid dateert betreft het verslagjaar 1914. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1916, 141-142. Nader onderzoek in de zogeheten Blauwboeken in het Inspectie-archief (Nationaal Archief te Den Haag) zou meer licht op deze materie kunnen werpen.

mannen en vrouwen ongeveer even sterk vertegenwoordigd. Over de leeftijdsverdeling merkte Schuurmans Stekhoven in het verslag over 1930 onder meer op dat deze in de drie voorgaande decennia veranderd was. Er waren verhoudingsgewijs meer jeugdigen gekomen, hetgeen hij toeschreef aan het toenemend aantal gestichten voor zwakzinnigen met een groot aandeel aan jongeren. Voor de 'gewone' gestichten constateerde hij een geleidelijke groei van het aantal bejaarden.[891] Het kwam erop neer dat eind 1930 bijna 60 procent van de bevolking van gestichten en psychiatrische inrichtingen bestond uit 20- tot en met 59-jarigen, terwijl ongeveer 20 procent ouder en eenzelfde percentage jonger was.

Tijdens de jaren twintig nam het percentage 'herstelden' - gemiddeld bijna 33 procent - niet noemenswaardig toe ten opzichte van de voorgaande periode.[892] Daarna vertoonde het herstelpercentage een stijging naar tussen de 34 en 39 procent. Zoals gezegd werd uit bezuinigingsoverwegingen op een zo spoedig mogelijk ontslag aangedrongen. Het is dan ook voorstelbaar dat de criteria voor herstel enigszins werden opgerekt, zeker indien behalve een adequate thuissituatie ook nazorg beschikbaar was.[893] Het aantal als niet hersteld ontslagen patiënten steeg in de jaren dertig eveneens, zij het in veel geringere mate. Een deel van hen kwam waarschijnlijk terecht in goedkopere vormen van zorg.

De sterftecijfers onder de patiënten, ten slotte, vertonen na de piek van 1918 weliswaar geen grote schommelingen, maar wel een tijdelijke verhoging in 1931 en een stijgende lijn in de jaren 1937-1939.[894] Afgezien van de Spaanse griep die eenmalig toesloeg, was tuberculose geruime tijd een belangrijke doodsoorzaak, met name toen de voedselvoorziening slecht was. Om een voorbeeld te noemen: in Maasoord te Poortugaal bedroeg het percentage aan tuberculose overledenen in de jaren 1909-1913 omstreeks 15 procent, tijdens en kort na de oorlogsjaren ongeveer 25 à 30 procent, in de jaren 1920-1925 zo'n 15 à 20 procent, terwijl het in de jaren 1926-1936 beneden de 10 procent bleef.[895] Vooral in de jaren dertig, toen het Röntgenonderzoek op grotere schaal ingang vond, zagen gestichtsgeneesheren kans om tuberculose, die in de inrichtingen aanzienlijk meer voorkwam dan in de samenleving, effectiever dan voorheen te bestrijden.[896] Naar de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten rapporteerden hadden zij eind 1935 overleg gehad met de geneeskundige inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid over de tuberculosebestrijding in de gestichten. Behalve over de noodzaak tot aanschaf van een eigen Röntgeninrichting en het aanstellen van ‘een bekwaam Röntgenoloog-internist’ in de gestichten, waren de inspecteurs het

---

[891] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 163.
[892] Zie tabel 2.2.
[893] Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.
[894] Zie tabel 2.2. In 1931 bereikte de sterfte een niveau dat met ruim 1.600 een kleine 300 hoger lag dan in het jaar daarvoor, maar vervolgens liep het al spoedig terug naar een niveau van rond de 1.400 per jaar. Zie tabel 2.2. In 1937 kwam het sterftecijfer boven de 1.600 om vervolgens boven de 1.700 en in 1939 zelfs op bijna 1.800 uit te komen. Zie Pameijer 1940.
[895] Frets 1937, 925.
[896] Onderzoeken uit halverwege de jaren dertig wezen uit dat in St. Bavo en het gesticht te Franeker 5 procent en in Zon en Schild 4 procent van de patiënten tuberculose had, terwijl dit bij onderwijspersoneel in het district Leiden bijna 2 procent was en in de 'vrije maatschappij' waarschijnlijk 1,5 procent. Zie Van de Graaf, Montfrans en Brouwer 1937, 394-395. Zie voorts: Hueting en Dessing 1993; Abbo-Tilstra 2002, 287-288.

erover eens dat lijders aan tuberculose afzonderlijk moesten worden verpleegd door daarvoor speciaal aangewezen personeel.

> Daarvoor worde het bouwen van tuberculoseafdeelingen bevorderd. De afdeelingen moeten niet alleen zijn berekend op afzondering maar ook op behandeling der lijders. Het verdient aanbeveling, dat wordt gestreefd naar de inrichting van tuberculose-centra voor de verschillende (confessoneele) groepen, zoodat niet ieder gesticht een tuberculoseafdeeling heeft, maar dat er voor iedere groep een tuberculose-centrum is, waarheen de lijders worden geëvacueerd.[897]

Of dergelijke tuberculose-centra inderdaad tot stand kwamen is ons niet bekend. Kennelijk bestond onder gestichtsartsen ook de wens om op eigen terrein over een tuberculose-afdeling, bijvoorbeeld in de vorm van een afzonderlijk paviljoen, te kunnen beschikken. Artsen van Zon en Schild te Amersfoort lieten zich in ieder geval in die trant uit. [898] Of hun wens ook inderdaad bewaarheid werd, verdient nader onderzoek. Ons is niet bekend in hoeverre krankzinnige tuberculoselijders in aparte 'huisjes' werden verpleegd.

[897] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 24-25.
[898] Van de Graaf, Montfrans en Brouwer 1937, 398.

Tabel 2.1: Sterkte der bevolking, opnamen, afvoeringen en toename capaciteit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936

Jaar	Sterkte der bevolking inclusief zij die in bewaring zijn per 1 januari*	Aanwezig in gesticht etc. per 1 januari	Opgenomen Exclusief onderlinge over-plaatsingen	Totaal opgenomen	Totaal afgevoerd	Totaal opgenomen minus afgevoerd	Toename capaciteit exclusief uitbreidingen
1915	14.510	14.011	3.162	3.912	3.409	503	
1916	15.013	14.495	3.184	3.626	3.287	339	
1917	15.352	14.788	3.408	3.901	3.689	212	
1918	15.564	15.046	3.485	5.018	5.166	-151	RKG Woensel
1919	15.413	14.894	4.064	4.768	4.287	481	
1920	15.894	15.232	4.138	4.750	4.275	475	
1921	16.369	15.739	4.159	4.907	4.242	665	Verhoging maxima
1922	17.034	16.372	3.712	4.342	4.049	293	Beileroord
1923	17.327	16.604	3.719	4.445	3.992	453	Willem v.d. Bergh Stichting**
1924	17.780	16.981	3.907	4.432	3.798	634	
1925	18.414	17.485	4.011	4.774	4.123	651	
1926	19.065	17.990	3.899	4.384	3.785	599	
1927	19.664	18.521	3.794	4.272	3.791	481	St. Joseph
1928	20.145	18.900	3.921	4.574	4.035	539	Vogelenzang Sancta Maria
1929	20.684	19.365	4.314	4.865	4.231	634	
1930	21.318	19.860	4.671	5.352	4.491	861	St. Willibrordus Groot Lankum
1931	22.178	20.625	4.783	5.387	4.643	744	Zon en Schild
1932	22.922	21.263	4.723	5.281	4.689	592	
1933	23.514	21.795	4.735	5.154	4.325	829	
1934	24.343	22.361	4.620	5.103	4.475	628	
1935	24.971	22.854	4.785	5.424	4.794	630	Licht en Kracht Huize St. Ursula**
1936	25.601	23.341	5.063	5.838	5.044	794	

Bron: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938. Zie het voor ieder jaar verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen'. NB: de voor een groter aantal jaren samengestelde tabellen wijken op onderdelen af van de in de algemene overzichten verstrekte cijfers en zijn om die reden niet benut. Zie ook bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.

* Betreft in gesticht etc. of in annexe gezinsverpleging aanwezigen alsmede de tijdelijk met of zonder verlof afwezigen.
** Betreft zwakzinnigeninrichting.

Tabel 2.2: Reden voor afvoering uit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936

Jaar	Afgevoerd totaal	Niet krankzinnig (resp. na observatie)	Hersteld	Percentage hersteld t.o.v. opnamen (exclusief onderlinge over-plaatsingen)	Niet hersteld	Naar ander gesticht (% t.o.v. opnamen)	Overleden
1915	3.409	24	1.003	32	417	753 (22)	1.212
1916	3.287	23	1.050	33	374	471 (13)	1.369
1917	3.689	37	996	29	420	498 (13)	1.738
1918	5.166	34	1.038	30	447	1520 (30)	2.127
1919	4.287	22	1.310	32	553	767 (16)	1.635
1920	4.275	42	1.474	36	676	652 (14)	1.431
1921	4.242	32	1.372	33	688	779 (16)	1.371
1922	4.049	23	1.248	34	602	737 (17)	1.439
1923	3.992	21	1.230	33	679	812 (18)	1.250
1924	3.798	12	1.255	32	699	610 (14)	1.222
1925	4.123	27	1.266	32	761	819 (17)	1.250
1926	3.785	34	1.273	33	696	539 (12)	1.243
1927	3.791	34	1.195	31	666	510 (12)	1.386
1928	4.035	19	1.256	32	715	681 (15)	1.364
1929	4.231	21	1.344	31	773	595 (12)	1.498
1930	4.491	28	1.570	34	811	717 (13)	1.366
1931	4.643	26	1.615	34	737	627 (12)	1.638
1932	4.689	26	1.701	36	791	645 (12)	1.527
1933	4.325	25	1.674	35	785	479 (9)	1.362
1934	4.475	25	1.779	39	763	518 (10)	1.390
1935	4.794	20	1.802	38	872	633 (12)	1.467
1936	5.044	38	1.922	38	880	763 (15)	1.441

Bron: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938. Zie het voor ieder jaar verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen'. NB: de door het Staatstoezicht voor een groter aantal jaren samengestelde tabellen wijken op onderdelen af van de in de algemene overzichten verstrekte cijfers en zijn om die reden niet benut.

2.3.3. *Een verpleger 'van de oude stempel'*

Als werkzoekende Urker jongeman uit een groot, gereformeerd en al vroeg vaderloos gezin schreef Andries Kaptijn (1910) in 1929 een sollicitatiebrief aan de Stichting Wolfheze. 'Dat was een psychiatrisch ziekenhuis […] Ik kan mij niet herinneren hoe ik tot die sollicitatie ben gekomen. Ik geloof dat ik zelf niet eens wist wat het was en wat het inhield.'[899] Kaptijn werd gekeurd en kon komen. Op de dag van zijn aankomst werd hij op het hoofdgebouw ontvangen door een portier 'met een slipjas aan' die hem op zijn gemak stelde. 'Ik zat maar met de gedachte; hoe loopt dit af? Wat overkomt mij om uitgerekend naar een gekkenhuis te gaan? We moeten wel in ogenschouw nemen dat het 1929 was. Er werd toen anders over psychiatrische inrichtingen gedacht dan vandaag. Nu zijn het gewoon ziekenhuizen, en terecht.' Vervolgens werd hij naar paviljoen 'Eikenhorst' gebracht, het gebouw waar hij de meeste tijd zou werken.

> In dat gebouw werd ik ontvangen door een kort dik mannetje, dat in mijn ogen erg deftig deed. Het was u voor en u na. Later bleek hij de huisvader van dat gebouw te zijn. Na een poosje werd ik door een andere verpleger naar een kamertje gebracht. Dat was voortaan mijn kamer. Ik kreeg een korte dikke sleutel, waar je alle deuren mee open kon maken. […] In dat kamertje, dat ik kreeg toegewezen, stond een houten ledikant, een tafel en twee stoelen.[…]
>
> Om 6 uur werd ik geroepen om te eten. Dat was brood met een plakje kaas en een bord gortepap. Je mocht net zoveel brood eten als je wilde. Het was al met boter besmeerd, maar verder beleg was er niet bij en een tweede bord pap ook niet. Die eerste avond zat ik met de huisvader en de huismoeder en nog meerdere jongens die intern waren in de conversatiezaal. Voor de goede orde moet ik nu eerst vertellen hoe zo'n paviljoen er uit zag en hoe het werkte. Aan het hoofd stonden de huisvader en de huismoeder. Dat was een echtpaar zonder kinderen. De bedoeling was dat de huisvader de verpleging van de patiënten regelde. […] De huismoeder had tot taak leiding te geven aan de huishouding van het paviljoen. […] Daarnaast waren in ieder paviljoen een stel gehuwde en een groter deel ongehuwde verplegers met een flink aantal leerlingen. Er was een groot verloop onder de leerlingen. In de maatschappij was geen werk. Ieder die kans zag om verpleger te worden, had nog een lot uit de loterij gewonnen. Maar het lot van een leerling was heel ongewis. In de eerste plaats [was het de vraag of je je kon] handhaven in dat vreemde wereldje en dan kwam nog of ze je mochten of niet. Denk maar niet dat het makkelijk was.[900]

Een leerling kreeg zes weken om 'alle diensten te leren die je moest verrichten.' Eerst liep Kaptijn mee op een rustige afdeling, na veertien dagen kwam hij op 'onrust'. Hij moest van alles doen: tafel dekken, met de patiënten eten, bedden opmaken, vegen, dweilen. Het waren lange dagen. Dan waren er de cursussen: in het eerste jaar was het 'uitsluitend algemene ontwikkeling. In dat ene jaar moest je tot een bepaald peil gebracht worden. Alle schoolvakken kwamen daarin voor.' Het merendeel van de leerling-verplegers en -verpleegsters had, net als Kaptijn zelf, slechts lagere school. Leren moest in de vrije tijd gebeuren. Bij de dominee kregen ze drie jaar lang godsdienstige scholing.

---

[899] Kaptijn s.a. [c. 1990], 18. Met dank aan A. Kaptijn en G.J.C. aan de Stegge.
[900] Kaptijn s.a. [c. 1990], 19-20.

In het tweede jaar begon het 'met allerlei medische vakken en psychische stoornissen.' Ieder jaar was er examen. 'Je mocht toen drie jaar over de stof doen. Als je voor een leerjaar zakte, mocht je het twee keer overdoen. Zakte je voor de derde keer, moest je onherroepelijk weg.'[901] Kaptijn slaagde voor alles, en kreeg in 1932 zijn B-diploma. Hij kwam als vaste broeder op 'onrust' te werken.

In zijn 'Herinneringen bij het ouder worden' beschrijft Kaptijn zijn wederwaardigheden in Wolfheze, waar hij negen en een half jaar zou blijven werken, zijn overplaatsing in 1938 naar de eveneens gereformeerde psychiatrische inrichting Vogelenzang te Bennebroek tot aan de inbeslagname in 1943 door de Duitsers en de daarop volgende evacuatie naar Veldwijk te Ermelo, zijn werkzaamheden in militaire dienst direct na de oorlog, zijn overstap in 1946 naar het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, en uiteindelijk, in 1956, naar Brinkgreven te Deventer.

Kaptijns verhaal is echter meer dan het verhaal van een oud-verpleegkundige over diens vroegere werk. Het is ook het verhaal van de jongeman die in Wolfheze verkering kreeg met een collega en die bij het bekend worden daarvan voor de keus kwam te staan: jij eruit of zij eruit - zij nam ontslag. Vlak voor hun huwelijk werd Kaptijn tot zijn ontsteltenis van Wolfheze overgeplaatst naar een andere inrichting van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, Vogelenzang, die om gediplomeerde verplegers verlegen zat, terwijl hij erop had gerekend dat hij na zijn huwelijk in Wolfheze kon blijven. In 1943 nam de Duitse bezetter Vogelenzang in beslag en volgde evacuatie. Een deel van de patiënten kwam in Franeker terecht, een ander deel in Veldwijk. Later kwamen daar ook nog patiënten uit Loosduinen bij. Kaptijn ging in Ermelo werken, terwijl zijn gezin verhuisde naar Ommen, bij de ouders van zijn vrouw. Aanvankelijk gaf hij in Veldwijk inhoud aan zijn werk door met de patiënten noodzakelijke huishoudelijke karweitjes in de keuken te doen. Hij probeerde zóveel overuren te sparen dat hij aaneensluitend enkele dagen weg kon gaan naar zijn gezin in Ommen. Dat reizen tussen Ermelo en Ommen werd echter al spoedig steeds gevaarlijker, zeker voor mannen die konden worden opgepakt om voor de Duitsers te werken.

Na de bevrijding werkte Kaptijn een jaar in een interneringskamp te Ommen. Hier toonde hij zijn interesse en kundigheid in geneeskundige handelingen en medicatie. Het werk beviel hem uitstekend maar hij had slechts een jaarcontract. Toen dit afliep solliciteerde Kaptijn bij het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, het vroegere Rijkskrankzinnigengesticht. Het zou enige tijd duren eer daar woonruimte beschikbaar kwam voor zijn gezin. Desondanks ging Kaptijn daar werken, om er ongeveer tien jaar te blijven.

In Medemblik was Kaptijn ongeveer zeven jaar werkzaam op de onrust afdeling met een ouderwetse 'cellengang'. Hij beschrijft hoezeer de sterk gestructureerde en hechte samenwerking met twee mannelijke collega's in de verzorging van de patiënten hem bijzonder beviel totdat er een wisseling van de wacht optrad in de leiding van de inrichting. Op dat moment ontstond er zijns inziens een ongemakkelijke situatie omdat de nieuwe (ongehuwde) vrouwelijke directeur een relatie kreeg met een (ongehuwde) mannelijke arts. Voor Kaptijn 'was de leukigheid eruit'. Ook beviel het hem niet dat artsen insuline-kuren begonnen toe te passen.

[901] Kaptijn s.a. [c. 1990], 23-24.

> Een rotsituatie als je daarvoor aangewezen werd. Midden in de zomer op een sterk verduisterde zaal, de verwarming aan bij een klein lampje achter een scherm, praktisch in het donker. Alles ten bate van de patiënten. En als zoiets nu enige waarde had, maar ik heb er nooit enige vrucht van gezien. Maar ja, zoals het spreekwoord zegt: 'Nieuwe heren, nieuwe wetten […]'[902]

Toen er rond 1955 sprake was van samenvoeging van het ziekenhuis te Medemblik met dat van Castricum ging hij weer solliciteren. De keus viel nu op Deventer omdat zijn vrouw graag dichter bij haar ouders in Ommen wilde wonen. Kaptijn schreef een brief naar de voormalige directeur van Medemblik, die leiding gaf aan het psychiatrisch ziekenhuis in Deventer. 'Dat was direct een schot in de roos.'[903] In opklimmende rangen, vanaf 1962 als hoofdverpleegkundige, zou hij daar tot aan zijn functionele leeftijdsontslag in 1970 werken. Kaptijn beschouwde zichzelf in later jaren als een 'verpleger van de oude stempel'. Toen in Deventer de oude directeur wegging en

> er een nieuwe kwam met allerlei nieuwe dingen, was de pret er gauw af. Wij waren bij het oude vertrouwde opgegroeid in de verpleging en nu sloegen ze wegen in die volgens de oude garde niet goed *konden* zijn. […] D]e hele ontwikkeling was zo geheel anders geworden, dat verplegers van de oude stempel zich er niet meer thuisvoelden.'[904]

De verwevenheid van het beroepsbestaan en het privéleven van Kaptijn maken duidelijk hoezeer persoonlijke omstandigheden van invloed konden zijn op de keuze voor en de uitoefening van het verplegingsvak. Zijn verhaal illustreert dat de keus voor de krankzinnigenverpleging een zeer pragmatische kon zijn, ook in een gereformeerd milieu. Voor hem was het een beroep als ieder ander, een manier om je brood te verdienen – van een roeping was geen sprake.[905] Dat verpleging een roeping moest zijn en niets met geld te maken had, werd hem in Wolfheze overigens wel voorgehouden als hij al eens zei dat ze als verplegers niet genoeg verdienden. Toch lijkt Kaptijn ook zonder roeping wel degelijk een grote affiniteit met het beroep te hebben ontwikkeld. Zijn verhaal laat tevens zien hoezeer verplegers die wilden trouwen, van de toestemming van hun werkgever afhankelijk waren - voor verpleegsters hield een huwelijk hoe dan ook ontslag in. Sterker nog: in Wolfheze - maar daar niet alleen - gold een verbod op verkering tussen een verpleger en een verpleegster op straffe van het ontslag van één van beiden, in Kaptijns geval zijn 'meisje'. Het verbod op verkering tussen een verpleger en een verpleegster die in dienst waren van dezelfde psychiatrische inrichting gold ook voor de andere gereformeerde inrichtingen. Ten slotte valt op, hoewel het al de naoorlogse periode betreft, dat Kaptijn er kennelijk geen been in zag om als gereformeerde de overstap te maken naar een niet-christelijke instelling.

2.3.4. *Krankzinnigenverpleging als beroep*

---

[902] Kaptijn s.a. [c. 1990], 37.
[903] Kaptijn s.a. [c. 1990], 38.
[904] Kaptijn s.a. [c. 1990], 38-39. De oude geneesheer-directeur, H. Hirschfeld, werd in 1962 opgevolgd door R. Stein. Zie over de vernieuwingen in Brinkgreven in de jaren zestig en zeventig: Blok 2004.
[905] Vergelijk Zondag 1995; De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997; Verhoeven 2006.

In het interbellum raakte de krankzinnigenzorg nog sterker dan voorheen verzuild. Naast de opleiding voor krankzinnigenverpleging van de NVPN, die van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland en de in de rijksgestichten geboden opleiding, zetten ook de katholieken halverwege de jaren twintig een eigen opleiding op - tot op dat moment participeerden de meeste katholieke gestichten in de opleiding van de NVPN. Initiatiefnemer was H.J. Schim van der Loeff, geneesheer-directeur van het gesticht St. Anna te Venray. Zijn bedoeling was om katholieke meisjes 'die leek wilden blijven, toch binnen te halen voor de opleiding en de verpleging.'[906] Nadat St. Anna in 1924 als eerste katholieke gesticht van de Inspectie erkenning had gekregen als opleidingsinstelling, volgde in 1925 de erkenning van de opleiding van de Broeders Penitenten in Huize Padua te Boekel. De eerste eindexamens van de katholieke opleiding vonden in 1926 te Venray plaats. Voor de katholieke gestichten behoorde daarmee de opleiding tot het NVPN-examen tot de verleden tijd. Dat de examencommissie van de NVPN niet blij was met dit 'afscheid' bleek uit de woorden van W.H. Cox. In 1926 schreef hij dat hij sterk de behoefte voelde

> een afscheid te gedenken, dat de Commissie en mij zeer ter harte gaat. De Roomsche gestichten gaan van nu af, ten opzichte van Examens en Onderwijs, hun eigen weg. Lang hebben we samengewerkt en het samengaan is nooit door een wanklank gestoord. De ontvangst daar was altijd joviaal, vriendschappelijk en hartelijk. Wij leerden van elkaar. Het onderwijs evenwel, - ook in de verpleging - vormt een deel van de opvoeding, dat is arbeid voor den opbouw van onze levenshouding, en ik begrijp dat, waar deze bij ieder wordt bepaald door zijn moreele en godsdienstige overtuigingen de Roomsche Collega's voor hun gestichten en dus ook voor hun verplegenden een door hun Roomschen overtuiging geschraagde opleiding wenschen.[907]

Dat het zo ver had kunnen komen was in belangrijke mate in de hand gewerkt door de in 1921 onder het confessionele kabinet van C.J.M. Ruys de Beerenbrouck aangenomen Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging en de invoering ervan zo'n drie jaar later.[908] Hoewel de wet alleen titelbescherming en geen beroepsbescherming bood, nam de staat met de wet een extra verantwoordelijkheid op zich en bekrachtigde deze met de erkenning van een A- en een B-diploma de feitelijk bestaande scheiding tussen de somatische en de krankzinnigenzorg. Ook legitimeerde de wet een verdere verkokering binnen de beide sectoren. Voor de krankzinnigenverpleging kreeg naast het NVPN-diploma en het staatsdiploma van de rijkskrankzinnigengestichten ook het diploma van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland erkenning, waarop de katholieken, die tot dan toe onder de paraplu van de NVPN opereerden, de gelegenheid te baat namen om een eigen opleiding te beginnen. Het katholieke karakter daarvan kreeg nog een extra accent doordat het episcopaat in

---

[906] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[907] Cox 1927, 260-261.
[908] Zie Aan de Stegge 2004, 83-85. Financiële problemen bij de overheid vertraagden de invoering van de wet. Eind 1923 publiceerde de overheid het eerste opleidingsprogramma in hoofdlijnen. Begin 1924 nam het Staatstoezicht de registratie van gediplomeerde krankzinnigenverplegenden ter hand, om in het jaar daarop ook de eindverantwoordelijkheid voor de eindexamens op zich te nemen.

1933 het godsdienstonderwijs en het behalen van een diploma daarvoor verplicht stelde. Een aparte hervormde opleiding kwam er niet. De in 1927 opgerichte Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken sloot zich aan bij de opleiding van de NVPN zodra de eerste hervormde psychiatrische inrichting, Zon en Schild te Amersfoort, in 1931 openging en vrijwel direct daarop een opleidingsbevoegdheid verwierf. Dat gold eveneens voor Licht en Kracht te Assen, de tweede, in 1935 geopende psychiatrische inrichting van de hervormde vereniging. Wel weken de Hervormde inrichtingen van de andere opleidingsinstellingen van de NVPN af door godsdienstexamens af te nemen.[909]

Voor het Staatstoezicht was de taak weggelegd om als toezichthouder te beoordelen of gestichten verplegenden konden opleiden. Om voor erkenning in aanmerking te komen dienden de opleiders zich aan een door het Staatstoezicht goedgekeurd programma te houden, waardoor ondanks de verzuiling wel degelijk een zekere uniforming en standaardisering was gegarandeerd. De eindexamens vonden plaats onder toezicht van rijksgedelegeerden waarna de geslaagden in een register werden bijgeschreven. Het was een beproefde formule waarmee van overheidswege een zekere eenheid in de verzuilde verscheidenheid van overwegend particuliere opleidingen tot stand kwam.

Behalve op het gebied van godsdienstonderwijs onderscheidden de opleidingen, voor zover uit de gebruikte leerboeken valt af te leiden, zich vooral in de mate van openheid over en taboeverklaring van seksualiteit: confessionele opleidingen legden meer terughoudendheid aan de dag dan de neutrale. De protestanten deden in dit opzicht wellicht niet voor de katholieken onder. Volgens een verpleger, die van 1908 tot 1951 in het hervormd-gereformeerde Vrederust te Bergen op Zoom werkte, werd niet alleen de 'scheiding der geslachten […] strikt doorgevoerd', maar was ook 'in het leerboek voor ziekenverpleging "weggelaten de anatomie aangaande de genitalia van de mens. Het ontbrak gewoon."'[910] Over een ander, mogelijk gevoelig liggend thema als het gebruik van mechanische dwangmaatregelen en isoleren lieten leerboeken van verschillende signatuur zich op min of meer overeenkomstige wijze uit. Alle etaleerden een toenemende terughoudendheid ten aanzien van het gebruik van dergelijke dwangmaatregelen. Niet zozeer de signatuur als wel de periode van publicatie deed ertoe.[911]

Tot 1925 deden de auteurs - allen gestichtsartsen - in hun leerboeken, onder verwijzing naar vroegere, als inhumaan en gewelddadig betitelde praktijken, een moreel beroep op de (leerling-)verplegenden om bij 'onrust' van patiënten zoveel mogelijk af te zien van het gebruik van mechanische dwangmiddelen. Het isoleren van patiënten gold daarentegen als een aanvaardbare methode, zeker nu de oude, gevangenisachtige isoleercellen waren vervangen door aangenamer ingerichte, binnen de afdeling of het paviljoen gesitueerde isoleerkamers.

Na 1925 kwam de nadruk te liggen op de taak van de verpleging om onrustige krankzinnigen op te voeden met behulp van de actievere therapie - waarover later meer – ten einde het gebruik van dwangmiddelen en afzondering op langere termijn overbodig te

---

[909] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[910] Aan de Stegge (2001c) heeft met name gewezen op de taboeïsering van seksualiteit in katholieke opleidingen. Vergelijk Gorisse 1997, 32.
[911] Aan de Stegge 2005a.

maken. Ondertussen kon een kortstondig verblijf in een isoleerkamer of zelfs het gebruik van een dwangbuis als opvoedkundig middel dienen. Hoe dan ook achtten gestichtsartsen het in toenemende mate noodzakelijk dat de verpleging beschikte over communicatieve vaardigheden, die vooral van pas kwamen bij de verpleging van 'zenuwlijders'. De krankzinnigenverpleging ontwikkelde zich tussen 1925 en 1955 geleidelijk in de richting van het opvoeden van krankzinnigen tot sociaal acceptabel gedrag met behulp van beloningen en straffen.[912]

De opleidingsduur voor het B-diploma bleef drie jaar.[913] Voor deelname aan het eindexamen was evenals voorheen een leeftijd van ten minste 22 jaar vereist – voor het eindexamen in de algemene verpleging (het A-diploma) gold een minimum leeftijd van 23 jaar. Daarnaast verplichtte de overheid de krankzinnigengestichten om leerlingen die niet over een ULO-diploma of het bewijs van een aantal jaren HBS beschikten, in het eerste leerjaar een cursus 'algemene ontwikkeling' te geven. In de praktijk werkten de leeftijdbepalingen in de hand dat jonge meisjes eerst de B-opleiding volgden en daarna doorstroomden naar de A-opleiding.[914]

De B-opleiding bestond uit theoretische lessen in de beginselen van de bouw en werking van het menselijk lichaam en van de gezondheidsleer, eerste hulp bij ongelukken, algemene ziekenverpleging, voedings- en dieetleer, instrumenten en verbanden, de verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken, de verschijnselen bij krankzinnigheid en zenuwziekte en, ten slotte, de voornaamste bepalingen der Krankzinnigenwet.[915] Artsen of gediplomeerde krankzinnigenverplegenden verzorgden dit theoretische onderwijs. De vorderingen van de kandidaten in de praktijk werden opgetekend in het zogenoemde 'praktijk- en rapportenboekje'. Hierin stonden alle verpleegtechnische handelingen vermeld die een krankzinnigenverplegende in principe diende te beheersen. Voor toelating tot het eindexamen was vereist dat ten minste 50 van de 90 'handgrepen' uit het boekje waren afgetekend, dat kandidaten ten minste 14 bijzondere kunstgrepen oftewel medische verrichtingen hadden zien uitvoeren, en dat zij lijders aan ten minste 20 verschillende ziekten die in krankzinnigengestichten konden voorkomen, hadden verpleegd. Bovendien moest de kandidaat ten minste drie jaar in de verpleging in één of hooguit twee krankzinnigengestichten werkzaam zijn geweest.

Reeds in 1929 werd de Ministeriële Beschikking voor het B-diploma uit 1923 herzien.[916] Nieuw was dat tijdens het eindexamen een half uur beschikbaar kwam voor het toetsen van vaardigheden op het gebied van observatie, communicatie en verslaglegging. De kandidaten moesten een gesprek voeren met een hun onbekende patiënt en daarover schriftelijk rapporteren. Er werd van hen verwacht dat ze op basis van eigen observaties en gerichte vragen aan de patiënt vervolgens aan de arts voldoende duidelijk konden maken wat de betreffende patiënt mankeerde. Voorts steeg het aantal ziektebeelden dat kandidaten moesten kennen van 20 naar 32. In 1933 volgde nogmaals een herziening van het praktijk- en rapportenboekje: ditmaal kregen vaardigheden in de

---

[912] Aan de Stegge 2005a, 339-343, 349.
[913] De hierna volgende gegevens zijn ontleend aan Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[914] Aan de Stegge 2004, 84-85.
[915] Aan de Stegge 2004, 85.
[916] Aan de Stegge geeft een gedetailleerd overzicht van de overwegingen en de machtstrijd tussen de diverse betrokken organisaties en belanghebbenden die aan de wijzigingen van de B-opleiding voorafgingen.

arbeidstherapie een belangrijker plaats en voorts werden 24 nieuwe ziektebeelden aan de bestaande lijst toegevoegd. Zowel de theoretische als de praktische opleiding onderging een aanzienlijke verzwaring.

Ondertussen was opnieuw een discussie over de wenselijkheid van samenvoeging van de A- en B-diploma's tot één verpleegdiploma opgelaaid. De directe aanleiding was dat de International Council of Nurses in 1925 had bepaald dat alle leden van een nationale lidorganisatie over een wettelijk erkend diploma in de algemene ziekenverpleging moesten beschikken. Voor de Nederlandse deelname leverde dit grote problemen op, temeer daar op initiatief van Nosokómos, de Nederlandse vereniging van verplegenden die sinds 1907 een zetel in de International Council of Nurses had bekleed, in 1928 de Nationale Bond van Verplegenden was opgericht met als doel de internationale vertegenwoordiging van Nosokómos, dat relatief weinig leden telde, over te nemen. In de ontwerp-statuten van de Nationale Bond was echter geen rekening gehouden met de nieuwe eis van de International Council. Integendeel: de Nationale Bond had in haar statuten juist de 'nationale verbondenheid' van alle verplegenden en de gelijkwaardigheid van de beide wettelijk beschermde diploma's willen benadrukken. De International Council of Nurses was onverbiddelijk: de Nationale Bond van Verplegenden mocht de Nederlandse verplegenden pas internationaal vertegenwoordigen indien alle stemgerechtigde leden over een diploma algemene ziekenverpleging beschikten. Diverse pogingen van de Nationale Bond om alsnog een eenheidsdiploma tot stand te brengen leden schipbreuk. Uiteindelijk besloot de Nationale Bond van Verplegenden te voldoen aan de eisen van de International Council of Nurses en B-verplegenden het stemrecht te onthouden. Daarmee was in juli 1933 de weg vrij voor de erkenning van de Nationale Bond van Verplegenden als de officiële vertegenwoordiger van Nederland tijdens een congres van de International Council of Nurses. Verplegenden met alleen het B-diploma waren buitengesloten.

Hoe was het inmiddels gesteld met de animo voor de krankzinnigenverpleging? Evenals voorheen was ook in het interbellum het verloop onder de leerlingverplegenden tamelijk hoog, en verlieten velen na diplomering het gesticht. Aan de Stegge heeft berekend dat van de ongeveer 13.000 jongeren die in de periode 1926-1940 aan een verpleegopleiding in de psychiatrie begonnen, bijna 6.000 het B-diploma behaalden, ruim 20 procent mannen en bijna 80 procent vrouwen. Dat waren gemiddeld zo'n 400 diploma's per jaar – aanzienlijk meer dan in de periode 1892-1925, toen in totaal ongeveer 4.800 diploma's werden behaald, gemiddeld circa 145 per jaar. De tendens dat gediplomeerde mannen verhoudingsgewijs vaker aan een gesticht verbonden bleven dan gediplomeerde vrouwen zette zich in deze periode door. Om enkele aantallen te noemen: in 1916 werkten in totaal ruim 2.600 verpleegsters (66 procent) en verplegers (34 procent) in de gestichten, van wie bijna 700 (26 procent op het totaal) gediplomeerd waren. Van de gediplomeerden was 57 procent vrouw en 43 procent man. In 1921 bedroeg de totale formatie van verplegenden ruim 3.500, van wie bijna 900 (25 procent) gediplomeerd. De man-vrouw verhouding was in 1921 nagenoeg gelijk aan die in 1916. Het kwam erop neer dat er in 1921 één verplegende op 5 bedden was en één gediplomeerde op 19 bedden.[917]

[917] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

In 1930 waren er meer dan 4.500 verplegenden (65 procent vrouwen, 35 procent mannen) in de gestichten werkzaam, nog steeds één verplegende op 5 bedden. Van hen waren er tegen de 1.800 (39 procent) gediplomeerd, hetgeen neerkwam op één gediplomeerde per 12 bedden, een flinke verhoging ten opzichte van negen jaar eerder. Het percentage gediplomeerde verplegers was inmiddels opgelopen tot bijna 47.[918] De onderlinge verschillen tussen de gestichten konden overigens aanzienlijk zijn: zo beschikte St. Bavo, het gesticht van de Broeders van Liefde te Noordwijkerhout, in 1931 over slechts 16 gediplomeerde broeders op 700 bedden (1:44) en Sancta Maria, het eveneens in deze plaats gelegen gesticht van de Zusters van Liefde, over 5 gediplomeerde zusters op 437 bedden (1:87). Een aanzienlijk gunstiger verhouding hadden, om enkele voorbeelden te noemen, Veldwijk (1:8), Santpoort (1:8) en Brinkgreven (1:9).[919] Overigens is het opvallend dat, voor zover aanwezig, op mannenafdelingen of in de eerste klasse een verhoudingsgewijs hoger aantal gediplomeerden werkzaam was dan op vrouwenafdelingen of in lagere klassen. Ten slotte valt uit de verslaggeving van het Staatstoezicht op te maken dat eind 1936 het verhoudingscijfer tussen het aantal verplegenden - inmiddels in totaal bijna 7.700 - en het aantal opgenomenen nog steeds één op 5 was.[920] Overigens had de inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten zich in 1934 genoodzaakt gezien het aantal instromende leerling-verplegenden aan een maximum te verbinden: psychiatrische inrichtingen mochten niet méér leerlingen voor de verpleegopleiding aannemen dan zij voor de eigen vervangingsbehoefte nodig hadden. Dit om te voorkomen dat er voor gediplomeerden geen of onvoldoende arbeidsplaatsen zouden overblijven in een tijd dat er toch al fors bezuinigd moest worden.[921]

Evenals in andere sectoren verbeterden de arbeidsvoorwaarden in de krankzinnigenzorg. Daarbij ging het aanvankelijk vooral om salarisverhogingen en een reductie van de werktijd, alhoewel later, in het kader van bezuinigingen, salarisverlagingen volgden. De 10-urige werkdag (60-urige werkweek) was nog niet eens of nog maar net in de gestichten ingevoerd – zoals in Meerenberg in 1916 – toen, althans voor de provinciale gestichten, de 8-urige werkdag (45-urige werkweek) in zicht kwam. In het eerste kabinet-Ruys de Beerenbrouck (1918-1922) lanceerde de katholieke Minister van Arbeid P.J.M. Aalberse een uitgebreid programma voor sociale wetgeving. Onderdeel daarvan was de invoering in 1918 van de 45-urige werkweek voor ambtenaren.[922] Vervolgens trad eind 1919 de Arbeidswet in werking, die de 8-urige werkdag met vrije zaterdagmiddag (45-urige werkweek) in fabrieken, kantoren en werkplaatsen verplicht stelde. Toen vervolgens de conjunctuur omsloeg, werd de arbeidsdag in 1922 verlengd tot 8,5 uur en de werkweek tot 48 uur.[923] Pas op 1 januari 1929 zou de Arbeidswet ook gaan gelden voor werk in 'verplegingsinrichtingen'

---

[918] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 154-155. Van de 5.006 in 1930 geregistreerd staande diplomahouders werkte ruim een-derde in een gesticht.
[919] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 133.
[920] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 32-35. In het betreffende overzicht wordt geen splitsing aangebracht tussen verplegers en verpleegsters of tussen al dan niet gediplomeerden.
[921] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 22-23. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[922] Blok 1997a, 125.
[923] Woltjer 1992, 76-77.

(Verplegingsbesluit van 3 september 1928). De werkdag werd toen op maximaal 10 uur gesteld, de werkweek op 55 uur.[924]

Desalniettemin rapporteerde een NVPN-commissie reeds in 1922 over de ervaringen die met de '8-urendag' (45-urige werkweek) waren opgedaan bij het verplegend personeel in de krankzinnigengestichten.[925] Alleen de beide Provinciale Ziekenhuizen in Noord-Holland, Duin en Bosch en Santpoort, bleken, conform de ambtenarenstatus van het personeel, tot invoering ervan te zijn overgegaan (in 1919 respectievelijk 1920). Voor het Rotterdamse Maasoord was al begin 1919 tot invoering van de 8-urige werkdag besloten, maar liet de inwerkingtreding nog op zich wachten. De commissie concludeerde dat deze weliswaar uitvoerbaar was, maar dat niemand er 'voordeelen [van] heeft gezien. Voorkeur geeft men aan een 9- of 10-urigen arbeidsdag.'[926] Met name bij het overgeven van de dienst leverde de kortere werkdag moeilijkheden op, moeilijkheden die overigens wel door middel van een goed urenrooster waren te ondervangen.

Twee jaar later, in 1924, rapporteerde een bezuinigingscommissie van de NVPN dat de 45-urige werkweek nog steeds was voorbehouden aan de provinciale gestichten van Noord-Holland (nog in datzelfde jaar zou deze in een 48-urige werkweek worden omgezet[927]) en dat Maasoord daar nog niet toe was overgegaan. De commissie stelde vast dat het verplegend personeel in bijna alle overige gestichten tussen 54 en 60 uren en in enkele meer dan 60 uren per week werkte. Een voorstel van de bezuinigingscommissie om de arbeidstijd naar 60 uur te verhogen kreeg evenwel onvoldoende steun. Wel bepleitte de NVPN een verlenging van het uitstel van de invoering der Arbeidswet voor verplegingsinrichtingen vanwege hun 'moeilijke economische omstandigheden'.[928]

Uit een overzicht van het Staatstoezicht over het jaar 1931, dus twee jaar na de invoering van het Verplegingsbesluit 1929, blijkt dat alleen de provinciale gestichten van Noord-Holland en Maasoord een werkweek van 48 uur aanhielden. De overige gestichten hadden een 55-urige dan wel een 54-urige werkweek. Een in datzelfde jaar door de Inspectie uitgebracht advies over een verzoek om de werkweek in de rijksgestichten naar 48 uur te verlagen, viel negatief uit, 'zulks met het oog op de belangen der verpleegden en de stijging van de uitgaven, die de gevraagde arbeidsverkorting zou veroorzaken.' Sterker nog: zowel de minister als de Inspectie vonden dat een 55-urige werkweek niet onredelijk was.[929] Een uniforme 48-urige werkweek, waarvoor de bonden zich vanaf 1930 inzetten, zou uiteindelijk pas, nadat in 1948 een maximale 51-urige werkweek was ingevoerd, in het nieuwe Verplegingsbesluit van 1 juni 1957 worden gerealiseerd.[930]

De salariëring vertoonde niet alleen tamelijk grote verschillen tussen de gestichten onderling – de provinciale ziekenhuizen in Noord-Holland boden de hoogste salarissen – en tussen ongediplomeerden en gediplomeerden – reden voor sommige gestichten om een bescheiden aantal gediplomeerden in dienst te hebben – maar ook schommelingen door

[924] De Laat 1984, 25.
[925] Anoniem 1922.
[926] Anoniem 1922, 406.
[927] Van der Scheer 1933, 34.
[928] Van der Scheer en Van der Hoeven Jr. 1924, 301-302, 309, 314-315.
[929] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 9-11.
[930] De Laat 1984, 52.

de jaren heen, al naar gelang het economisch tij.[931] De grootste salarisverlagingen vonden plaats tijdens de depressie in de jaren dertig. Hoe dan ook was verplegen geen vetpot, maar het was wel betaald werk - zeker in de jaren dertig een schaars goed. Voor religieuzen lag de zaak uiteraard anders: zij kregen geen salaris. Hun roeping bracht bovendien met zich mee dat zij zich min of meer continu inzetten voor de vervulling van hun verpleegkundige taken en hun religieuze verplichtingen.[932]

De opleiding en de praktijk van het verplegen laten vanaf halverwege de jaren twintig een geleidelijke verschuiving zien in de richting van een grotere aandacht voor opvoedkundige taken. De in 1926 door de geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, Van der Scheer, in Nederland geïntroduceerde actievere therapie, zoals beoefend door H. Simon, geneesheer-directeur van het Provinciale Ziekenhuis Gütersloh in Westfalen, vereiste van de verpleging veel inzet en tact. Patiënten, juist ook onrustige, chronische patiënten, dienden continu op een zinvolle en aangename wijze te worden beziggehouden met arbeid en diverse vormen van ontspanning. Het ging er om patiënten te stimuleren hun best te doen en hun verantwoordelijkheidsgevoel te activeren, onder meer door middel van het belonen van goed gedrag en het bestraffen van slecht gedrag.[933] De actievere therapie onderscheidde zich van de in de negentiende eeuw toegepaste zedenkundige behandeling door een minder autoritaire opstelling van de geneesheer, de minder grote rol van godsdienst en onderwijs, en vooral door de aard van de theoretische onderbouwing. Bij de zedenkundige behandeling gingen gestichtsartsen uit van de eigen wil van de patiënt om te genezen, bij de actievere therapie dachten zij, in navolging van de Russische fysioloog I.P. Pavlov, meer behavioristisch in termen van stimulus en respons ofwel conditionering naar het voorbeeld van dressuur bij dieren.[934] Beide benaderingen hadden echter een verbetering van het sociale functioneren van patiënten tot doel, hetzij in het gesticht, hetzij, zo mogelijk, daarbuiten.

De actievere therapie beoogde dan ook meer te bieden dan de vroegere arbeidstherapie, die volgens Van der Scheer overigens wél een 'bijzonder vruchtbaren bodem' vormde voor de actievere therapie.[935] In 1933 schreef hij dat de nieuwere inzichten in Nederland vooral waren gepropageerd en verbreid door de gestichten in Santpoort, Deventer (Brinkgreven), Utrecht (Den Dolder), Venray (St. Annagesticht), Poortugaal (Maasoord) en Apeldoorn (Apeldoornsche Bosch).[936] Van der Scheers lijstje bevatte geen gereformeerde gestichten. Inderdaad bestond daar aanvankelijk reserve ten aanzien van Simons actievere therapie. Nadat een zestal geneeskundigen reeds in 1927 in opdracht van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland een bezoek aan Gütersloh had gebracht, rapporteerde een van hen, A. Hutter, geneesheer

---

[931] In 1927 verdienden leerling-verpleegkundigen van *f*150 - *f*300 tot *f*500 - *f*700 met vrije kost en inwoning; gediplomeerden van *f*700 - *f*800 tot *f*1.200 - *f*1.900; eerste verplegenden van *f*850 - *f*950 tot *f*1.950 - *f*2.650; hoofdverplegenden van *f*900 - *f*1.050 tot *f*1.650 - *f*2.650. Zie *Nosokómos* 27 (1927) 643, geciteerd in De Laat 1984, 26.

[932] Zie Bakker 2002b voor een beschrijving van het dagelijks leven van de broeders van de St. Willibrordusstichting.

[933] Zie Blok 1997a, 132-147; Van der Scheer 1933. Zie ook: Vijselaar 1998c, 78-87.

[934] Van der Scheer (1933, 119-120) verwees expliciet naar Pavlov. Zie voorts: Blok a, 135; Vijselaar 1998c, 79.

[935] Van der Scheer 1933, 37.

[936] Van der Scheer 1933, 5.

aan het gesticht Dennenoord te Zuidlaren, dat de patiënten hard en gedisciplineerd werkten en dat 'de onrust er treffend in toom [werd] gehouden, dankzij de actievere therapie.' De keerzijde was evenwel dat het de patiënten aan arbeidsvreugde leek te ontbreken: 'geen lied werd gezongen, geen lach gehoord.' Of de patiënten zich onder de strenge discipline gelukkiger voelden was dan ook nog maar de vraag. En zou de 'psychische therapie' niet in de verdrukking komen?[937] Ook de bewerkers van de vijfde editie van Schermers gereformeerde leerboek voor de B-verpleging uit 1932 legden reserves ten aanzien van de actievere therapie aan de dag. Zij vonden het te ver gaan om, in navolging van Simon, patiënten volledig verantwoordelijk te stellen voor hun gedrag.[938] Een kanttekening plaatste ook de Amsterdamse psychiater F.S. Meijers in 1936 door aandacht te vragen voor een methodiek die zijns inziens 'te veel op den achtergrond wordt gedrongen, of wellicht overvleugeld door het actieve in de actieve therapie'. Daarmee doelde hij op een methodiek 'welke beoogt het scheppen van een sfeer van geestelijk benaderen en begrijpen', zoals die bijvoorbeeld ook door Cox in diens *Handleiding voor den cursus in de verpleging van zielszieken* was gepropageerd.[939] Meijers vreesde blijkbaar dat de actievere therapie ten koste zou gaan van de psychologische inleving. Meer psychologie bij de opleiding van verplegenden was volgens hem gewenst.

In hetzelfde jaar benadrukte A. Stärcke, geneesheer aan de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder, in een voordracht voor de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen nog eens dat voor krankzinnigenverplegenden een belangrijke opvoedkundige taak was weggelegd, waarbij hij refereerde aan het behaviorisme. Het moest mogelijk zijn, zo liet hij weten, 'om moedig te aanvaarden dat krankzinnigenverpleging een totaal andere geestelijke houding en totaal andere kennis vereischt' dan de ziekenverpleging.

> De ziekenverpleegster verzorgt stoornis door zieke organen, daarom voor haar grondbegrippen van bouw en werking dier organen. De krankzinnigenverpleegster verzorgt gebrekkige maatschappelijke aanpassing, daarom voor haar in de eerste plaats grondbegrippen van bouw en werking der maatschappij - *Sociologie* - en van het verband tusschen de individuen - *Psychologie*. Zij moet verdierlijkte menschen tot betere gewoonten brengen, daarom is *kennis van de grondslagen der Dierendressuur* en van *Psychologie der dieren* voor haar nuttig. Zij moet helpen opvoeden […] daarom moet zij evengoed *paedagogiek* leeren als de a.s. onderwijzer.[940]

Dat Stärcke volstond met de vrouwelijke beroepsaanduiding, terwijl meer dan een-derde van de krankzinnigenverplegenden en ongeveer de helft van de in de gestichten

---

[937] De citaten uit het rapport van Hutter zijn ontleend aan Linderboom en Van Lieburg 1984, 158-160. Zie ook Van Belzen 1989, 268-269, noot 4. Of de gereformeerde gestichten het bij de arbeidstherapie hielden en de actievere therapie geheel links lieten liggen, valt niet uit het boek van Lindeboom en Van Lieburg of andere publicaties over de gereformeerde gestichten op te maken.
[938] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[939] Meijers 1936, 228; Cox 1927-1929.
[940] Stärcke 1937, 101.

werkzame gediplomeerden man was, was een kwestie van gewoonte. Van de voorheen uitgesproken voorkeur voor vrouwen was geen sprake meer.[941]

Hierna zal nog blijken dat het interbellum meer vernieuwingen bracht dan de actievere therapie. De krankzinnigenverpleging kreeg ook te maken met nieuwe somatische therapieën. Daarnaast vond de bedverpleging nog veelvuldig toepassing, zeker gedurende de eerste weken na opname, en in mindere mate ook de langdurige badbehandeling. Welbeschouwd was het verschil tussen krankzinnigen- en ziekenverpleging dan ook iets minder groot dan Stärcke het deed voorkomen.

Gevraagd naar de therapievormen waaraan zij indertijd hadden meegewerkt, noemden oud-verplegenden - het betrof 11 respondenten die tijdens het interbellum aan hun B-opleiding waren begonnen - in totaal 14 verschillende behandelmethoden.[942] Bovenaan de lijst stond 'het bieden van bezigheden' met 10 vermeldingen, op de voet gevolgd door 'huishoudelijke arbeid verrichten met de patiënten' (9 vermeldingen). Daarop volgden de insuline-comatherapie (7 keer), arbeidstherapie (6 keer), bedverpleging, elektroshock en het gebruik van dwangmiddelen (ieder 5 maal), medicijnen en slaapkuur (ieder 4 vermeldingen), bewegingstherapie (3 maal), koortstherapie, cardiazolshock en permanente badbehandeling (ieder 2 keer) en als laatste, met één vermelding, 'sociale psychiatrie' door een verplegende die bij een voor- en nazorgdienst werkzaam was geweest. Wat verstonden deze respondenten onder respectievelijk 'het bieden van bezigheden', het verrichten van huishoudelijke arbeid met patiënten en arbeidstherapie?

Het onderzoek van Aan de Stegge, waaraan deze gegevens zijn ontleend, laat enerzijds zien dat de drie categorieën van bezigheden of arbeid niet scherp van elkaar vielen te onderscheiden en in feite flink wat overlapping vertoonden. De actievere therapie kwam zowel onder de noemer 'het bieden van bezigheden' als onder die van arbeidstherapie ter sprake. Dat nam niet weg dat de invoering van de actievere therapie een ware omslag voor de verpleging had teweeggebracht. Daarvan getuigden niet alleen de door Aan de Stegge geïnterviewde oud-verplegenden, maar ook tal van verplegenden die in 1941 hadden meegedaan aan een opstellenwedstrijd van de Examen Commissie van de NVPN ter gelegenheid van haar vijftigjarig bestaan.[943] De actievere therapie bracht met zich mee dat verplegenden 'een andere kijk op de patiënten moesten ontwikkelen'. Zo vertelde oud-verpleegster C. Koppe-de Blaazer, die in 1924 in Brinkgreven te Deventer met haar B-opleiding was begonnen, 'hoe verbaasd ze was geweest toen de patiënte die altijd agressief was juist door het krijgen van een paar breinaalden opknapte en bedaarde'. In plaats van gevaarlijke voorwerpen als breinaalden, messen en vorken achter slot en grendel te doen, dan wel onrustige patiënten strikt te bewaken en zo nodig te isoleren, moesten verplegenden in het kader van de actievere therapie 'onrustige patiënten een kans geven "verantwoordelijkheid" voor hun eigen daden te dragen en hen activiteiten laten ontplooien die mensen buiten de inrichting ook verrichtten'. Verplegenden mochten patiënten die ongewenst gedrag vertoonden 'hooguit

[941] Zie ook Verhoeven 2006.
[942] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II. Het betrof een 'open-ended' vraag.
[943] Zie Aan de Stegge 2005b en proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. In 1942 verschenen van de 84 inzendingen zes in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.

vijf minuten uit de groep verwijderen, om het daarna weer opnieuw met hen "op zaal" te proberen'.[944]

Veel verplegenden waren zeer te spreken over het nieuwe regime. Zij beschouwden het bezighouden van patiënten als pure noodzaak, alleen al om te voorkomen dat dezen zich uit verveling lastig gingen gedragen. De activering van patiënten en de toekenning van bepaalde verantwoordelijkheden aan hen bleek een gunstige, volgens sommigen 'therapeutische' uitwerking te hebben. Zo vertelde oud-verpleegster K. Verbeek, die in 1938 begon met de B-opleiding in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder, hoe zij op een gegeven moment kwam te werken op het vrouwenpaviljoen met dertig vrouwen 'waar geen mens meer naar omkeek'. Nadat uitgerekend de moeilijkste patiënte van de afdeling haar had verteld dat ze zo graag handwerkte, begon Verbeek met goedvinden van de hoofdzuster een naai- annex handwerkhoekje. De bewuste patiënte kreeg tot taak om iedere avond te controleren of alle naai-, haak- en breinaalden nog aanwezig waren. Dat bleek goed te werken. Het ging zelfs zo goed dat na een jaar de helft van de vrouwen actief was in het naaiatelier en dat onder aanvoering van diezelfde 'moeilijkste patiënte'.

Verpleger J. Clay, die in Santpoort – waar het in Nederland onder Van der Scheer allemaal begon – op de 'herenafdeling', een klasseafdeling, de invoering van de actievere therapie had meegemaakt, plaatste in zijn opstel ook kritische kanttekeningen. Enerzijds schreef hij dat er dankzij de actievere therapie 'een betrekkelijk einde kwam aan het terrorisme van, soms niet weinig bedorven, heren'. Anderzijds noteerde hij dat aanvankelijk alleen de rustige, goedwillende patiënten aan het werk werden gezet. Dat was 'geen kunst' geweest. Veel moeilijker was het om de 'altijd in onrust verkerende, onwillige, negatieve, hallucinerende en dwanghandelende dwaalgeesten' aan het werk te krijgen. Clay vond dat artsen en verplegenden soms te ver gingen met pressie uitoefenen op dergelijke patiënten.[945] Overigens betekende de invoering van de actievere therapie in Santpoort en ook in Duin en Bosch een aanzienlijke taakverzwaring voor verplegenden en zorgde deze zeker tot begin jaren dertig voor fikse spanningen onder hen. Sommige verplegenden, die jarenlang gewend waren geweest 'onrustige krankzinnigen' in geval van agressief en onberekenbaar gedrag in te wikkelen, in de isoleerkamer op te sluiten of in bed of bad te verplegen, viel de omschakeling naar een andere, meer stimulerende benadering van dergelijke patiënten zwaar. Een deel van het ongenoegen onder het personeel had te maken met de gevaren die de werkverschaffing voor juist de moeilijkste groep patiënten met zich mee kon brengen, vooral als er gereedschap, zoals een schop, een aardappelschilmesje of een naald, werd gebruikt. In 1929 zorgde de verwonding van twee verplegers in Santpoort door patiënten tijdens de arbeid voor de nodige commotie.[946]

2.3.5. *Gestichtsartsen verenigd*

Hoe was het inmiddels gesteld met de positie van de gestichtsgeneesheren zelf? Daaraan besteden wij eerst aandacht, alvorens wij verderop in deze paragraaf nader ingaan op de tijdens het interbellum door hen toegepaste therapieën. Nadat in 1909 een rapport van de NVPN over de positie van de gestichtsgeneesheren had aangetoond dat hun

---

[944] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.
[945] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[946] Blok 1997a, 139.

arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden te wensen overlieten en inspecteur Van der Scheer in 1916 ook nog eens de alarmklok had geluid, organiseerden zij zich in 1919 in een aparte vereniging: de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGA).[947] Het initiatief hiertoe kwam van zes gestichtsartsen, die allen werkzaam waren in het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort. Volgens een van hen was de NVPN een 'te heterogene club' geworden die zich onvoldoende bezighield met haar vierde doelstelling: de behartiging van de belangen en rechten van psychiatriebeoefenaren.[948] Inderdaad had de NVPN zich, naarmate het aantal zelfstandig gevestigde zenuwartsen en neurologen binnen de vereniging toenam en de hoogleraren de boventoon voerden, meer als wetenschappelijk forum dan als belangenvereniging van gestichtsartsen ontwikkeld.

Het initiatief tot oprichting van de NVGA kreeg direct steun van 25 gestichtsartsen. De belangrijkste doelstellingen van de vereniging waren de verbetering van de behandeling en verpleging van geestes- en zenuwzieken alsmede de behartiging van de ideële en materiële belangen van gestichtsartsen.[949] Van het totale aantal van krap 100 gestichtsartsen meldden zich direct al zo'n 80 als lid aan. Zij bleven overigens gewoon lid van de NVPN; dat was zelfs voorwaarde voor het lidmaatschap van de NVGA. De twee verenigingen vergaderden op dezelfde dag en de verslagen van de NVGA-vergaderingen verschenen, net als die van de NVPN, in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*. De beide verenigingen beschouwden zichzelf dan ook eerder als complementair dan als rivaliserend.[950] Nadat reeds in 1919 in beginsel was besloten tot aansluiting bij de NMG werd drie jaar later, toen een Ambtenaren Organisatie binnen de NMG was opgericht, besloten tot ontbinding van de NVGA en om als Groep Gestichtsartsen der Ambtenaren Organisatie voort te gaan. Een en ander werkte minder gunstig uit dan verwacht en het kostte de Groep Gestichtsartsen bovendien maar liefst 30 leden. Vervolgens werd eind 1924 op de ledenvergadering besloten meer zelfstandig te gaan werken en de oude naam NVGA weer aan te nemen. Het ledental zou daarna weer stijgen naar ruim 70 in 1930.[951]

De NVGA hield zich bezig met de salarissen, pensioenregelingen en de rechtspositie van de gestichtsartsen en kwam op voor de leidende positie van medici in de inrichtingen tegenover het verplegend personeel, de gestichtsbesturen en 'ouderwetse, autocratische directeuren'. Ook streefde de vereniging naar een versterking van het medische tegenover het juridische gezichtspunt en de overheveling van het krankzinnigenwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar de afdeling Volksgezondheid, die sedert 1918 onder het Ministerie van Arbeid viel.[952] Met pleidooien voor een verbetering van de rechtspositie van gestichtsartsen verwoordde een

---

[947] Zie 1.5. De wereld van het gesticht.
[948] Piebenga 1969, 379.
[949] Geciteerd in Piebenga 1969, 380.
[950] Schnabel 1982a, 70; Van Drunen 2004, 18; Abma en Weijers 2005, 47-50.
[951] Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922c; Piebenga 1969, 381. Vanaf 1948 was de vereniging als Groep der Gestichtsartsen onderdeel van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband van de KNMG. In 1964 ging de vereniging Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband heten om tien jaar later (weer) op te gaan in de NVP. Van der Spek (s.a. [ca. 1970], 65) komt op ruim 80 leden in de jaren 1919/1920 en 1921/1922, bijna 60 in 1923/1924, meer dan 70 in 1930, en voor 1934 en volgende jaren op een niet nader gespecificeerde 'sterke daling' in het aantal leden tijdens de crisisjaren. In 1947 waren er volgens Van der Spek 99 leden.
[952] Piebenga 1969, 380.

van de initiatiefnemers, tevens secretaris van de NVGA, F.J. Stuurman, een van de doelstellingen van de vereniging in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*.[953] Aangezien gestichten geneeskundige instellingen waren, moesten artsen de eerste viool spelen en geneesheren-directeur de leiding hebben over het reilen en zeilen van een gesticht en het personeelsbeleid. Al het personeel, de verpleegkundigen, de adjunct-directrice die de verpleging leidde, de technische, huishoudelijke en administratieve diensten, diende ondergeschikt te zijn aan de artsen. Volgens Stuurman was de verpleging een medisch 'hulpvak' en was het onwenselijk dat deze tot een zelfstandig beroep uitgroeide.[954] Zijn betoog lag in het verlengde van wat gestichtsartsen en de NVP(N) in de negentiende en begin twintigste eeuw ook al hadden bepleit.

Opvallend genoeg sprak Stuurman ook een waarschuwing uit aan het adres van medici. De geneesheren-directeur en de gestichtsartsen mochten het vertrouwen dat zij van de kant van gestichtsbesturen en anderen vroegen, niet beschamen. De vereniging diende ervoor te waken dat geen ongeschikte kandidaten 'het moeilijke ambt van geneesheer-directeur' in handen kregen.[955] Maar al te vaak bleek anciënniteit de enige reden voor een benoeming en soms was volkomen onduidelijk waaraan de geneesheer-directeur zijn positie te danken had - dat terwijl deze functie niet alleen kennis van de psychiatrie vereiste, maar ook inzicht in de organisatie van het ziekenhuiswezen, sociale vaardigheden en vertrouwen van de andere artsen. De kwaliteit van gewone gestichtsartsen schoot soms ook tekort. Het bestuur had al een paar keer protest aangetekend tegen de aanstelling van oudere medici zonder opleiding of ervaring in de psychiatrie. Aankomende gestichtsartsen zouden de nodige vaardigheden op het gebied van de krankzinnigenzorg moeten aanleren, bij voorkeur door middel van een driejarig volontair- of assistentschap in een psychiatrische universiteitskliniek.

Hoewel binnen de vereniging een onderscheid werd aangebracht tussen leidinggevende en gewone geneesheren, zouden de onderlinge verhoudingen tussen artsen volgens Stuurman collegiaal en democratisch moeten zijn. Een almachtige geneesheer-directeur was uit den boze en aan alle artsen kwam medezeggenschap toe in de besluitvorming. Om het beroep van gestichtsarts aantrekkelijk te maken en te houden, en om te voorkomen dat artsen het gesticht verruilden voor de universiteitskliniek, verdiende het volgens Stuurman aanbeveling om per gesticht een arts vrij te stellen voor onderzoek. De vereniging sprak zich uit voor een inschakeling van de gestichten in de opleiding tot zenuwarts en organiseerde bijscholingscursussen in universiteitsklinieken alsmede excursies naar nieuwe inrichtingen en buitenlandse studiereizen.[956]

Begin en eind jaren twintig tekende de vereniging protest aan tegen een aantal wetten en regelingen op het gebied van de verpleegkunde omdat die de bevoegdheden van de gestichtsartsen zouden aantasten: de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging (1921), die voorschreef dat vertegenwoordigers der verpleegkundige vakverenigingen zitting kregen in de examencommissie; de Arbeidswet (1919), waardoor naast de Inspectie van het Staatstoezicht ook de arbeidsinspectie toegang tot de gestichten kreeg; en het Verplegingsbesluit (1928), dat de werktijden van het verplegend personeel aan bepaalde regels en ambtelijk toezicht onderwierp. Ook de

[953] Stuurman 1920a; Stuurman 1920b.
[954] Stuurman 1920b, 417.
[955] Stuurman 1920b, 414.
[956] Piebenga 1969, 382.

getalsmatige verhouding tussen gediplomeerden en ongediplomeerden vormde een constante bron van zorg.[957]

De vereniging nam eveneens stelling tegen de overheid, rechters en gestichtsbesturen als die maatregelen namen die in de ogen van de artsen afbreuk deden aan hun gezag. In het bijzonder uitten zij zich kritisch over de rechterlijke 'inmenging en controle' bij gestichtsopnamen.[958] Toen in de Tweede Kamer naar aanleiding van de discussie over de wijziging van de Krankzinnigenwet, die in 1929 tot stand kwam, stemmen opgingen voor meer waarborgen tegen onrechtmatige opnemingen en in-bewaring-stellingen, kwalificeerden de gestichtsartsen deze als een onwenselijke verzwakking van de medische competentie.[959] Onderwijl vergat de NVGA de belangen van de patiënten niet helemaal. Zo wees de vereniging er in 1922 op dat het ontbreken van 'een goed werkend reclasseeringslichaam' en de nodige steunvoorzieningen in de maatschappij een tijdig ontslag van rustige patiënten vaak belemmerden.[960] Ook pleitte zij ervoor geestes- en zenuwzieken zo dicht mogelijk bij hun familie onder te brengen. Verder tekende zij protest aan tegen de bezuinigingen in de krankzinnigenzorg - zowel in 1922 als in en na 1932 - en de daarmee verbonden verlaging van het verpleegpeil, in het bijzonder de dreigende overbevolking, de gebrekkige voeding en de grote verspreiding van TBC in de inrichtingen.[961]

In 1925 organiseerden katholieke gestichtsartsen zich apart in een afdeling van de R.K. Artsenvereeniging: de Vereeniging van Rooms-Katholieke Gestichtsartsen. Welke activiteiten deze vereniging ontplooide is vanwege het ontbreken van gegevens onvoldoende duidelijk.[962] Wél is bekend dat deze nieuwe vereniging eind jaren twintig een enquête hield onder huisartsen, assistenten in algemene ziekenhuizen, zogenaamde semi-artsen en medische doctorandi om te achterhalen waarom er zo weinig belangstelling was voor een werkkring in een krankzinnigengesticht of psychiatrische inrichting. Veel katholieke inrichtingen, waaronder St. Servatius te Venray, kampten namelijk met een onderbezetting van de medische staf. De resultaten van de enquête verschenen in 1929 in het *Eerste jaarboek der Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen*.[963] De genoemde redenen om niet voor een werkkring als gestichtsarts te kiezen waren onder meer dat er tijdens de opleiding tot arts weinig aandacht werd besteed aan psychiatrie, dat deze weliswaar theoretisch en wetenschappelijk interessant mocht zijn, maar therapeutisch toch weinig bevredigend was, dat de salariëring laag was, dat er teveel administratief werk verricht moest worden en er te weinig gelegenheid was voor wetenschappelijk werk, dat de positie van gestichtsarts tezeer ondergeschikt was aan die van de geneesheer-directeur, en dat de inrichtingen te afgelegen waren gesitueerd. [964] Of deze nieuw verworven inzichten op enigerlei wijze bijdroegen tot een vermindering of zelfs opheffing van het tekort aan katholieke gestichtsartsen mag worden betwijfeld.

---

[957] Piebenga 1969, 383-384.
[958] Stuurman 1922, 428.
[959] Piebenga 1969, 384.
[960] Stuurman 1922, 428.
[961] Piebenga 1969, 384-386.
[962] Westhoff (1996, 44) vermeldt dat de vereniging aanvankelijk 26 leden telde.
[963] De oprichting van deze vereniging vond plaats in 1928.
[964] Zie hierover Kroft 2005, 91 en 208.

Gereformeerde gestichtsartsen organiseerden zich niet apart, hoewel de gereformeerden wel over een eigen verpleegopleiding beschikten. Een en ander had te maken met het regime van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland, die salarissen en overige arbeidsvoorwaarden centraal regelde. Of dit met zich meebracht dat de gereformeerde gestichtsartsen zich niet aansloten bij de NVGA valt, bij gebrek aan ledenlijsten, niet na te gaan. Ze waren in ieder geval niet vertegenwoordigd in het eerste bestuur van de NVGA en haar vergaderingen lijken ze evenmin te hebben bezocht.[965] Wel was een deel van hen lid van de NVPN. In 1921 bijvoorbeeld stonden acht van de hooguit twintig artsen die in Veldwijk, Bloemendaal, Dennenoord en Wolfheze werkzaam waren, op de ledenlijst vermeld.[966] Nog los van het beleid van de Vereeniging zal ook het al met al bescheiden aantal artsen de vorming van een gereformeerde vakorganisatie in de weg hebben gestaan. Zoals eerder vermeld ontplooiden de hervormden pas relatief laat eigen initiatieven op het gebied van de krankzinnigenzorg. De aan de hervormde inrichtingen verbonden artsen organiseerden zich evenmin apart.

De in 1918 opgerichte Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland vertegenwoordigde de gemeenschappelijk belangen van openbare, gereformeerde en later ook hervormde gestichten. Het initiatief tot de oprichting was genomen door besturen van krankzinnigengestichten die zich onderling wilden beraden over financiële aangelegenheden en met name over maatregelen in verband met de steeds stijgende verpleegkosten.[967] Cox rapporteerde over een vergadering die nog voor de oprichting van de vereniging plaatsvond en waarop naast bestuurders en administrateurs vele psychiaters aanwezig waren, dat 'niet over patiënten [werd] gesproken, maar over de belangen der kassen. De mathematici waren aan het woord, de administraties der gestichten waren ontevreden over de administraties der gewesten. Eindelijk kwamen regenten in opstand tegen regenten.'[968] Hoewel ook de katholieke gestichten waren uitgenodigd mee te doen, te beginnen met een onderzoek naar de verplegingskosten van armlastige krankzinnigen, had het merendeel laten weten 'geen termen te kunnen vinden' om hun medewerking te verlenen.[969] Tien jaar later zouden katholieken een eigen vereniging oprichten, de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen.[970] Naar aanleiding van de oprichting van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland merkte Cox nog op dat de vereniging niets met 'wetenschap', althans de psychiatrische, had te maken, zoals ten onrechte in een krantenbericht was gesuggereerd. Sterker nog, hij was van oordeel dat,

---

[965] Zie de verslagen van de algemene vergaderingen: Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1919; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1921; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922a; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922b; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922c.

[966] Lindeboom en Van Lieburg 1984 verschaffen geen overzicht van het aantal in de stichtingen werkzame artsen. Zie echter Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 33-34, waar voor het jaar 1936 per psychiatrische inrichting vermeld staat hoeveel artsen er werkzaam waren.

[967] Cox 1918; Van der Spek s.a. [ca. 1970], 2-3.

[968] Cox 1918, 1818.

[969] Cox 1918, 1819.

[970] Van der Spek s.a. [ca. 1970], 28. Wij beschikken niet over nadere informatie over de activiteiten en betekenis van deze vereniging.

> voorloopig althans, een 'qui vive' voor ieder psychiater gewenscht is, ten einde zoo noodig de geneeskundige belangen en de wetenschap tegenover de nieuw opgerichte vereeniging te verdedigen. Moge de vereeniging zich houden binnen streng begrensde oeconomische belangen der gestichten, dan zullen de patiënten van de oprichting geen nadeelen ondervinden.[971]

Als het om meer wetenschappelijke vraagstukken ging, dan bleef de NVPN de toon aangeven. In 1936 boog een commissie zich over de classificatie van geestesziekten, een kwestie die de vereniging aan het eind van de negentiende eeuw ook al had beziggehouden. De NVPN bereikte overeenstemming over de voortaan te hanteren *nomenclatuur*, de naamgeving van psychiatrische en neurologische ziektebeelden. De Gezondheidsraad had alle specialistenverenigingen om een ziekte-nomenclatuur op hun terrein verzocht ten einde uniforme en internationaal vergelijkbare ziekte-statistieken mogelijk te maken. Bij navraag bleek dat artsen in gestichten en psychiatrische en neurologische klinieken nogal uiteenlopende diagnose-lijsten hanteerden. Die ontleenden zij aan handboeken, zoals die van Kraepelin of Jelgersma, of zij gebruikten bijvoorbeeld een lijst zoals de Duitse psychiater K. Wilmanns die in 1930 had opgesteld voor de rijksstatistiek in Duitsland.[972] Het voorstel van de NVPN-commissie voor de nomenclatuur bevatte uiteindelijk een lijst van vijftien rubrieken, die in hoofdzaak op nog weer een ander handboek was gebaseerd, namelijk dat van de Duitse psychiater O. Bumke.[973] Twee rubrieken kenden bovendien een nadere onderverdeling. Hoewel het bestuur van de NVPN om praktische redenen de voorkeur gaf aan de lijst van Wilmanns, besloot de huishoudelijke vergadering van de NVPN in eind 1936 toch het voorstel van de commissie, zij het met een enkele wijziging, aan te nemen. De lijst verscheen in haar definitieve vorm begin 1938 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* onder de titel 'Nomenclatuur-lijst voor de psychiatrische inrichtingen in Nederland'. [974] In hoeverre artsen deze nomenclatuur-lijst inderdaad als richtsnoer hebben gebruikt, blijft overigens de vraag.

---

[971] Cox 1918, 1823.
[972] Heidema 1936, 458.
[973] Bumke 1928-1939.
[974] Heidema 1938.

Nomenclatuurlijst voor de psychiatrische inrichtingen in Nederland, aangenomen door de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1937)

1. Neurosen en psychopathieën
   a. Neurasthenische reacties
   b. Constitutioneele nerveusiteit
   c. Psychogene reacties
   d. Hysterische reacties
   e. Psychopathieën in engeren zin
2. Manisch-depressieve psychosen en andere endogene en reactieve gemoedsstoornissen
3. Paranoia en paranoide toestanden
4. Schizofrene en paraphrene psychosen
5. Exogene reactievormen en organische psychosen
   a. Symptomatische psychosen, generatiepsychosen
   b. Intoxicatiepsychosen
   c. Psychosen bij hersenaandoeningen, waaronder de Huntingtonsche chorea
6. Encephalitis en post-encephalitische toestanden
7. Dementia paralytica en luetische psychosen
8. Alcoholpsychosen
9. Climacterium- en involutiepsychosen
10. Arteriosclerotische psychosen
11. Seniele en praeseniele psychosen
12. Epilepsie en epileptische psychosen
13. Oligophrenieën (debilitas, imbecilitas, idiotie)
14. Myxoedeem en cretinisme
15. Onduidelijke gevallen

Hoe was het getalsmatig gesteld met de gestichtsartsen en hoeveel patiënten waren aan hun zorgen toevertrouwd? In 1919 waren er ongeveer 100 artsen voor zo'n 15.000 patiënten. Dat kwam neer op gemiddeld één arts voor 150 patiënten. In 1936 was het aantal artsen, onder wie inmiddels enkele vrouwen, toegenomen tot 150 en het aantal daadwerkelijk in de gestichten en inrichtingen aanwezige patiënten tot zo'n 23.000.[975] Het verhoudingscijfer kwam daarmee op ruim 150 te liggen. Vergeleken met het begin van de twintigste eeuw, toen de norm nog op 200 lag, en de meeste gestichtsgeneesheren zo'n 150 tot 300 patiënten onder hun hoede hadden, kan er van een verbetering worden gesproken, al valt in de loop van het interbellum een lichte achteruitgang te constateren. De norm was door het Staatstoezicht inmiddels al geruime tijd op 175 vastgesteld.[976] De verschillen tussen zwakzinnigengestichten enerzijds en de (overige) krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen anderzijds waren trouwens aanzienlijk. Het verhoudingscijfer in zwakzinnigengestichten varieerde in 1936 tussen ongeveer 300 en 400 patiënten per arts, een enkele uitzondering daargelaten. De onderlinge verschillen tussen de krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen waren eveneens groot: het Rijksgesticht te Woensel had het minst gunstige verhoudingscijfer (266), op enige afstand gevolgd door Huize Padua, Vrederust, Bloemendaal, St. Servatius, Sancta Maria, de Willem Arntsz-stichting en Dennenoord, die verhoudingscijfers te zien gaven variërend tussen 215 en 186. Met voorbijgaan aan enkele zeer kleine inrichtingen gaven het Rijksgesticht te Grave, Brinkgreven, het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort en Zon en Schild inclusief Sanatorium Hebron relatief gunstige verhoudingscijfers van tussen de 115 en 131 te zien.

De salarissen van gestichtsartsen en geneesheren-directeur varieerden, evenals die in de verpleging, per gesticht en door de tijd heen. Na een flinke, mede door de inflatie in de hand gewerkte stijging in de jaren twintig volgde een daling, die zeker in de crisisjaren, met een salarisvermindering van zo'n 20 procent, fors uitpakte.[977] Hoe dan ook trachtte een aantal gestichtsartsen hun bescheiden bezoldiging aan te vullen met een eigen consultatieve praktijk, ook al had inspecteur Van der Scheer dit eerder afgekeurd.[978] In 1920 had zo'n 40 procent van de gestichtsartsen die in grote of middelgrote plaatsen woonachtig waren, praktijk aan huis.[979] Het ging om 12 van de 29 gestichtsartsen in een 30-tal grote en middelgrote plaatsen waarvoor het *Geneeskundig*

---

[975] Zie Piebenga 1969, 381 en Ledenlijst Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1929. Zie ook Abma en Weijers 2005, 136-137; Van Drunen 2004, 18. Zie voorts Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 33-34; 2.3.2. De gestichts- en inrichtingsbevolking, tabel 2.1.

[976] Wanneer de norm werd gewijzigd van 200 naar 175 is ons niet bekend. Piebenga (1936b, 271) schreef in 1936 dat van staatswege al sedert jaar en dag in de Koninklijke Besluiten betreffende de vergunning tot het inrichten van een gesticht voor krankzinnigen rekening werd gehouden met de maatstaf: één geneesheer per 175 patiënten.

[977] Van der Spek s.a. [ca.1970], 66. Van der Spek begon in 1917 als afdelingsgeneeskundige aan de Willem Arntsz Hoeve met een jaarsalaris van *ƒ* 2.700,- (plus vrij wonen en premievrij pensioen). In 1927 verdiende hij als (geneesheer-)directeur van de inrichtingen voor toevallijders te Haarlem-Heemstede *ƒ* 7.600,- (eveneens met vrij wonen en premievrij pensioen). Als geneesheer-directeur van Maasoord verdiende hij in 1930 *ƒ* 10.000,-. In de crisisjaren liep dit bedrag terug tot *ƒ* 8.000,-. In geen van deze betrekkingen was een particuliere praktijk toegestaan.

[978] Van der Scheer 1916, 532.

[979] Van Drunen 2004, 16; met dank aan P. van Drunen voor de aparte berekeningen voor in gestichten werkzame artsen.

Jaarboekje een overzicht van specialisten verschafte. Bezien op het totale aantal van 96 gestichtsartsen in 1920 is dus van 13 procent van hen - de 12 gestichtsartsen uit de grotere plaatsen – bekend dat ze een praktijk aan huis hadden. De veronderstelling lijkt gerechtvaardigd dat gestichtsartsen in de kleinere plaatsen, goed voor zo'n 70 procent van het totale aantal gestichtsartsen, aanzienlijk minder vaak over een eigen praktijk zullen hebben beschikt dan de gestichtsartsen in de grotere plaatsen.[980] In 1940 had nog slechts 29 procent van de gestichtsartsen in de grotere plaatsen (10 van de 35) praktijk aan huis. Bovendien was toen nog maar circa een kwart van de gestichtsartsen (35 van de 143) in de grotere plaatsen te vinden, alweer volgens opgave van het *Geneeskundig Jaarboekje*. Een restrictief beleid van de kant van psychiatrische inrichtingen zal er ongetwijfeld toe hebben bijgedragen dat het aantal eigen praktijken van gestichtsartsen tamelijk bescheiden bleef. Hoe dan ook lijkt de concurrentie steviger te zijn geworden doordat het aantal eigen praktijken van zenuwartsen die waren verbonden aan universiteitsklinieken, poliklinieken en algemene ziekenhuizen tussen 1920 en 1940 flink toenam.[981]

Voorts hebben wij erop gewezen dat relatief weinig gestichtsartsen zich lieten inschrijven in het medisch specialistenregister. In 1940 stonden slechts 58 van de 145 gestichtsartsen, dat wil zeggen 40 procent, ingeschreven.[982] In het interbellum was het nog altijd bruikelijk dat artsen zonder psychiatrische opleiding in krankzinnigeninrichtingen werkzaam waren. Zo vertelt een zenuwarts in zijn autobiografie dat hij direct na zijn artsexamen aan het eind van de Eerste Wereldoorlog derde geneesheer in het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen werd en daarin de leiding kreeg over een paviljoen met zo'n zeventig patiënten. Daarnaast had hij tot taak 'lijkopeningen' en 'laboratoriumwerk' te verrichten, medische zorg te bieden aan het personeel en verpleegsters op te leiden.

> Daar mijn kennis en ervaring voor al deze functies vanzelfsprekend verre te kort schoten, hetgeen ik mij pijnlijk bewust was, deed ik mijn uiterste best, om beter berekend te worden voor al die moeilijke taken. Ik studeerde zoveel ik kon. Ik sleepte de directeur, zo vaak ik de kans kreeg, naar het laboratorium, mij met zijn rijke ervaring te helpen bij de moeilijkheden, die zich telkens bij de hersenonderzoekingen voordeden. De verpleegsters moest ik leren, hoe zij een bed moesten opmaken voor een hartlijder of voor een lijder aan longontsteking of voor een toevallijder. Zij mochten natuurlijk niet weten, dat ik dit zelf nog niet kon. Ik keek daarom goed toe, hoe de oudere verpleegsters dit deden, of liet ze het onder een of ander voorwendsel mij eens voordoen en zo kon ik het dan op de cursus weer aan de leerling-verpleegsters leren.[983]

Dat veel gestichtsartsen zich niet in het specialistenregister inschreven had mogelijk ook te maken met hun beroepsopvatting en hun feitelijke taken. Want was de gestichtsarts niet tegelijk zenuwarts en 'huisarts' van de verpleegden, zoals de voormalige

---

[980] Gesteld dat 10 procent van de gestichtsartsen in de kleinere plaatsen een eigen praktijk had, dan zou dit neerkomen op 7 van de 67; opgeteld bij de 10 gestichtsartsen uit de grotere plaatsen met een eigen praktijk zou dit 17 gestichtsartsen met een eigen praktijk opleveren, hetgeen neerkomt op 17 procent van het totaal.
[981] Zie Van Drunen 2004, 22.
[982] Van Drunen 2004, 22-23.
[983] Niemandsland 1948, 58.

geneesheer-directeur van Maasoord, J. van der Spek, schrijvend over het begin van het interbellum, opmerkte?[984] Eenzelfde strekking had in 1936 de aanbeveling van P.J. Piebenga, geneesheer-directeur van Brinkgreven, waar het ging om de taakverdeling tussen de gestichtspsychiater en de internist, die inmiddels in diverse psychiatrische inrichtingen, vooral of mede in verband met het tuberculosevraagstuk, was aangesteld. Piebenga vond ook dat de psychiater vaak niet zonder een internist kon, maar tegelijkertijd wees hij erop dat

> de hulp, die de huisarts aan zijn patiënten behoort te kunnen bieden, deze hulp zal inderdaad zooveel mogelijk door den gestichtspsychiater zelf aan zijn patiënten moeten worden verstrekt, omdat daardoor de verhouding arts-patiënt blijkens de ervaring in gunstige zin wordt beïnvloed, hetgeen aan de psycho-therapeutische maatregelen, die hij heeft te nemen, zeer ten goede zal kunnen komen. […] Behalve zielsarts blijve de gestichtspsychiater voor zijn patiënten 'huisarts', die alleen in geval van moeilijkheden zijn collega, den internist, raadpleegt.[985]

Kortom, de gestichts*psychiater* - een benaming die in deze tijd opgeld deed - had niet alleen een dubbele taak, die van psychiater én die van huisarts, maar zou deze volgens Piebenga ook moeten behouden. Hij wees er bovendien op dat het arbeidsveld van de gestichtspsychiater zich in de laatste tien à twaalf jaar flink had uitgebreid: enerzijds met de actievere therapie en de psychotherapie (voor in aangewezen afdelingen opgenomen neuroselijders) in 'paedagogisch-psychiatrische richting' en anderzijds 'naar wat men zou kunnen noemen den chemisch-biologischen kant'.[986] Met dat laatste doelde hij op de invoering van de koorts- of malariaherapie (geïntroduceerd door J. Wagner von Jauregg, 1917), de slaapkuren (J. Kläsi, 1923), de shockbehandeling door middel van insuline (M. Sakel, 1933), en tevens 'de theorieën van B. Aschner en zijn daarop gebaseerde, uitgebreide medicamenteuze therapie' (1933).[987] Reden te over voor Piebenga om te constateren dat de 'tijd van het therapeutisch nihilisme' voorbij was.[988] Eenzelfde geluid had A. Stärcke, geneesheer aan de Willem Arntsz Hoeve, reeds in 1930 laten horen. Volgens hem was het beroep van de gewone gestichtsarts een geheel ander geworden dankzij 'de verbeterde paralyse behandeling, door de somnifeenkuur en voor alles door de actievere gemeenschapstherapie. Met hun drieën hebben zij ons verlost van de therapeutische onmacht in de gestichten.'[989]

Het is al vaker opgemerkt dat de geschiedenis van de psychiatrie cycli van therapeutisch optimisme en pessimisme kent.[990] Inderdaad hield iedere nieuwe therapie in het interbellum ten minste aanvankelijk de belofte in van een verbetering van het

---

[984] Van der Spek s.a. [ca. 1970], 59.
[985] Piebenga 1936b, 276, 279.
[986] Piebenga 1936b, 272-273.
[987] De gynaecoloog B. Aschner publiceerde in 1933 over zijn leer van endocrinologische condities en de hiervoor volgens hem geëigende hormoontherapie. Hij beweerde hiermee psychisch gestoorde vrouwen in korte tijd te kunnen genezen. Met dank aan T. Pieters voor deze informatie. Afgaande op de relatieve onbekendheid van Aschners concept zal Piebenga's positieve waardering hiervoor geenszins in bredere kring zijn gedeeld.
[988] Piebenga 1936b, 272.
[989] Stärcke 1930, 313, geciteerd in Poslavsky 1961, 87.
[990] Zie bijvoorbeeld Vijselaar 1997e, 279-281; Pieters en Snelders 2005.

therapeutisch vermogen en het medisch-wetenschappelijk aanzien van de psychiatrie.[991] Daar was om te beginnen de malariatherapie van de Weense arts Wagner von Jauregg, bedoeld voor lijders aan dementia paralytica, het laatste stadium van syfilis, wanneer de hersenen aangetast raken door de syfilisbacterie. Santpoort was waarschijnlijk het eerste Nederlandse gesticht waar artsen vanaf 1921, na een bezoek van geneesheer A. Gans aan Wenen, de malariatherapie ging toepassen – en niet zonder succes.[992] Al spoedig volgde de in 1923 door de Zwitserse arts Kläsi geïntroduceerde somnifeen-slaapkuur voor lijders aan schizofrenie. Reeds in datzelfde jaar vond deze therapie te Santpoort en Duin en Bosch ingang. Overigens zou later blijken dat de somnifeenkuur vooral aansloeg bij manisch-depressieven in een manische periode.[993]

Na de introductie van de slaapkuur zou het ruim tien jaar duren - de actievere therapie was inmiddels geïntroduceerd - eer zich de volgende somatische therapieën aandienden. Dat waren de insulinecomakuur, in 1933 ontwikkeld door de Berlijns-Weense arts Sakel, de cardiazolshocktherapie van de Hongaarse psychiater L. von Meduna (1934), en de elektroconvulsietherapie (ECT) van de Italiaanse psychiaters U. Cerletti en L. Bini (1938).[994] Al deze therapieën waren primair bedoeld voor lijders aan schizofrenie, het liefst in een vroeg stadium van hun ziekte. In de praktijk bleken de therapieën echter ook wel bij andere psychoselijders te worden toegepast.

De insulinecomakuur bracht de patiënt in een 'hypoglycemisch coma', een toestand van diepe bewusteloosheid. Na ontwaken was de patiënt rustiger en ook toegankelijker voor contact met zijn omgeving. De nog jonge, in 1930 geopende St. Willibrordusstichting te Heiloo begon in 1936 als eerste psychiatrische inrichting in Nederland met de insulinecomakuur. De geneesheer-directeur J.A.J. Barnhoorn en zijn collega-artsen C.A.T. Engelman en J.P. de Smet publiceerden reeds in 1937 over de door hen bereikte resultaten. Behalve de inspecteurs van het Staatstoezicht kwamen ook delegaties van artsen en verpleegkundigen uit Zon en Schild, St. Anna, Voorburg, Maasoord en de Provinciale Ziekenhuizen te Santpoort en Medemblik alsmede Duin en Bosch, in de St. Willibrordusstichting op bezoek om de insulinekuur in ogenschouw te nemen. De kuur was al spoedig in de meeste Nederlandse inrichtingen in gebruik.[995]

Eveneens in 1936 werd, te beginnen in Zon en Schild, de cardiazolshocktherapie geïntroduceerd. Deze therapie ging uit van de idee dat de ziektebeelden schizofrenie en epilepsie niet tegelijk in één persoon konden voorkomen. De schizofrene verschijnselen zouden derhalve verdwijnen door opwekking van een epileptisch insult. Hiervoor werd het hartversterkende middel cardiazol aangewend. Alhoewel de beide nieuwe therapieën niet van risico's waren ontbloot, bleken de resultaten toch dermate hoopgevend dat ze in tal van Nederlandse inrichtingen ingang vonden.[996] De elektroconvulsietherapie, die

---

[991] De therapieën uit het interbellum krijgen de meeste aandacht in: Vijselaar 1997a; Blok en Vijselaar 1998; Bakker en De Goei 2002a. Zie voorts: Binneveld en Wolf 1985.
[992] Zie Blok 1997a, 129. Zo'n 10 procent van de in 1918 in Santpoort opgenomen patiënten was paralytisch.
[993] Blok 1997a, 129-130. Over Endegeest valt te lezen dat de malariatherapie en de somnifeen-slaapkuur vermoedelijk pas na 1927 voor het eerst werden toegepast. Zie Vijselaar 1998c, 87-90. Het gebruik van de beide kuren liep na 1930 terug, zowel in Santpoort en Duin en Bosch als in Endegeest.
[994] Zie over deze therapieën: Shorter 1997, 207-224; Bakker en De Goei 2002b.
[995] Bakker en De Goei 2002b, 104, 112.
[996] Van der Scheer 1941. Naar inspecteur Pameijer in de discussie over Van der Scheers uiteenzetting opmerkte (275) was de insulinebehandeling kostbaarder en qua organisatie ingewikkelder dan de cardiazolbehandeling, waardoor de insulinebehandeling in verscheidene inrichtingen geen toepassing vond.

evenals de cardiazolshocktherapie een insult opwekte, maar met aanzienlijk minder bijwerkingen, vond in Nederland voor het eerst toepassing in de St. Willibrordusstichting en wel in 1939. Daarmee had de St. Willibrordusstichting een tweede primeur. In 1940 zouden onder meer Santpoort, Voorburg en Vrederust volgen.[997] De introductie van de ECT luidde het eind van de cardiazolkuur in.

De nieuwe somatische kuren hadden al met al een beperkt bereik. Het waren vooral patiënten die nog niet lang ziek waren die voor deze ingrijpende, vaak pijnlijke en angstaanjagende behandelingen in aanmerking kwamen. Over de werking en het effect van de kuren bestond nog veel onduidelijkheid. Dat weerhield Barnhoorn er in 1940 niet van om op te merken dat

> het ziekenhuis voor geesteszieken in zijn moderne gedaante een inrichting [is] geworden voor verpleging en behandeling op wetenschappelijken grondslag. Het heeft zich ontworsteld aan het stadium van 'berg- en bewaarplaats' voor krankzinnigen en het is opgeheven tot het peil van gelijkwaardigheid met de ziekenhuizen voor lichamelijk zieken.[998]

Reeds drie jaar eerder, in 1937, hadden ook Van der Scheer, inmiddels hoogleraar psychiatrie in Groningen, en inspecteur J.H. Pameijer op een bijeenkomst van de NVPN die speciaal aan de nieuwe kuren was gewijd, hun vertrouwen uitgesproken in de nieuwe somatische therapieën.[999] Volgens Pameijer gaven deze de gestichten en psychiatrische inrichtingen een krachtige impuls in de richting van hun 'eigenlijke bestemming, n.l. die van therapeutische instituten'.[1000] Dat het niet van belang ontbloot was om de beeldvorming over psychiatrische inrichtingen op te vijzelen zagen psychiaters overigens al langer in. Zo schreef de aan Maasoord verbonden arts J.F.A. Overbosch in een artikel uit 1928 over de Rotterdamse nazorg dat dankzij het op ruimere schaal verlenen van proefverlof

> bij het publiek de wetenschap wordt gewekt en levendig gehouden, dat een psychiatrische inrichting *niet* is een *gevangenis*, doch niets anders dan een ziekenhuis voor zielszieken wier verblijf in een inrichting in sommige gevallen onvermijdelijk is, doch die deze inrichting weder mogen verlaten, zoodra genezing in voldoende mate is ingetreden; een wetenschap, die in vele opzichten van groote waarde is.[1001]

De beloftes van het nieuwe reikten tijdens het interbellum in therapeutisch opzicht evenwel verder dan de bovengenoemde somatische therapieën. Ook de psychoanalyse of

---

[997] Bakker en De Goei 2002b, 100 en 121. In de St. Willibrordusstichting had de cardiazolshocktherapie mede vanwege de gerichtheid op de insulinecomakuur nauwelijks ingang gevonden. Zie over de ervaringen met de ECT: Barnhoorn 1940a; Barnhoorn 1941. Zie over Vrederust: Gorisse 1997, 37.
[998] Barnhoorn 1940b, geciteerd in: Bakker en De Goei 2002b, 123-124.
[999] Over de spelling van de naam van J.H. Pameijer bestaat onduidelijkheid. Artikelen van zijn hand verschenen nu eens onder de naam Pameijer, dan weer onder de naam Pameyer. In de bibliografie hebben wij de spelling die voor het desbetreffende artikel is gebezigd, gehandhaafd. Voor onze eigen tekst kiezen wij voor de spelling Pameijer.
[1000] Geciteerd in De Goei 2001, 118.
[1001] Overbosch 1928, 23.

andere vormen van psychotherapie, maar veel meer nog de actievere therapie van H. Simon die in de vorige paragraaf over de verpleging al ter sprake kwam, boden de gestichtsartsen nieuwe perspectieven. Artsen zagen somatische therapieën en psychologisch of pedagogisch georiënteerde benaderingen eerder als complementair dan als exclusief. Van der Scheer, de grote propagandist van de actievere therapie in Nederland, was bijvoorbeeld een warm voorstander van de toepassing van shockbehandelingen. Bovendien won het inzicht veld dat de somnifeen-slaapkuur, de insulinekuur en de cardiazolshockbehandeling niet alleen chemische veranderingen in de hersenen, maar ook psychologische reacties teweegbrachten. Gestichtsartsen als A. Stärcke, die tot de vroegste Nederlandse adepten van Freud behoorde, Barnhoorn en de aan Rhijngeest verbonden, psychoanalytisch georiënteerde A.H. Fortanier wezen bijvoorbeeld op de daardoor toegenomen afhankelijkheid of machteloosheid en contactbehoefte van de patiënt.[1002] Vanwege die psychische gesteldheid zou de patiënt des te ontvankelijker zijn voor aandacht van de kant van artsen en verplegenden, hetgeen, zo was de veronderstelling, op zichzelf al een therapeutische werking kon hebben. Of anders lieten artsen er een psychotherapeutische behandeling op volgen.

Endegeest was het enige gesticht in Nederland waar artsen in het interbellum op wat grotere schaal probeerden om psychosen, in het bijzonder schizofrenie, psychoanalytisch te duiden – een zin in de waanzin te achterhalen. Rond de Leidse hoogleraar psychiatrie Jelgersma was na diens beroemde rede uit 1914, *Ongeweten geestesleven*, een psychoanalytische studiekring tot stand gekomen die in 1920 werd omgezet in de Leidsche Vereeniging voor Psychoanalyse en Psychopathologie. De Leidse artsen waren er niet zozeer op uit om schizofrene patiënten psychoanalytisch te behandelen, als wel om langs Freudiaanse weg een beter inzicht in het ontstaan en de ontwikkeling van psychosen te verwerven. Voor zover zij incidenteel een psychoanalytische behandeling uitvoerden, betrof het vermoedelijk alleen patiënten in Rhijngeest of in de polikliniek.[1003] Maar ook zonder directe therapeutische effecten was de betekenis van de analytische oriëntatie niet gering. Deze oriëntatie bracht met zich mee dat geneesheren meer en beter naar patiënten gingen luisteren. Hun verhalen werden uitvoeriger opgetekend, er was meer aandacht voor hun levensloop en relaties alsook voor de psychologische aspecten van hun gedrag en hun diepere beweegredenen.[1004]

Jelgersma's opvolger, E.A.D.E. Carp, legde eind jaren dertig uit hoe in het bijzonder één bepaald facet van de psychoanalyse, de methode van verklarend psychologisch onderzoek, van nut was in de gestichtspraktijk. Vanuit het inzicht dat iedere psychose zich kenmerkte door 'een onvermogen de werkelijkheid te ervaren en te beleven' en dat een psychose enerzijds afbraak of desintegratie inhield, maar anderzijds – en daar kon de psychoanalyse behulpzaam zijn - een tendens tot reorganisatie of zelfs geestelijk herstel in zich borg, beschouwde Carp elke therapie als rationeel, die 'dezen immanenten genezings-wil aanwakkert, activeert en in bepaalde banen leidt.'

> Evenals opvoeden niet anders beteekent dan: het leiding geven aan den immanenten drang tot zelfontwikkeling, zoo is elke rationeele therapie volgens dit

[1002] Zie Vijselaar 1998c, 92-93 en Bakker en De Goei 2002b, 113-117. Zie over Stärcke als 'missionaris van de psychoanalyse': Bulhof 1983, 176-211.
[1003] Vijselaar 1998c, 66-77.
[1004] Vijselaar 1998c, 76.

> beginsel: opvoeding. En opvoeding wordt nagestreefd in de arbeids- resp. Gemeenschapstherapie [bedoeld wordt de actievere therapie], in de bad-inrichting, de slaapkuren, de koorts- en tenslotte ook in de cardiazol- resp. insulinekuren, om slechts deze voornaamste behandelings-vormen te noemen.

Carp zag het als de verdienste van de psychoanalyse dat het accent in de moderne gestichtspsychiatrie was komen te liggen op 'het bestaan van – in de psychotisch-gestoorde persoonlijkheid aanwezige – neigingen en strevingen tot *re-organisatie*.'[1005] Of de psychoanalyse inderdaad het patent had op een dergelijke visie lijkt in dit kader minder relevant dan de constatering dat psychologische verklaringen van gedrag hoe dan ook aan belang wonnen. En daaraan leverden niet alleen de psychoanalyse, maar ook de fenomenologie en de nieuwe sociale psychiatrie een bijdrage.[1006]

Er leek geen verschil van mening te bestaan over de vraag of arbeidstherapie en de actievere therapie – soms ook gemeenschapstherapie genoemd – wel als *therapie* konden worden opgevat: het ging daarbij immers, zoals Carp aangaf, om opvoeding, zoals het ook in de somatische kuren uiteindelijk om opvoeding ging. Wél liepen de meningen ietwat uiteen waar het ging om de vraag of de actievere therapie zich echt zo van de oude arbeidstherapie onderscheidde als Van der Scheer wilde doen geloven. J.H. Haverkate, geneesheer op Veldwijk van 1904 tot 1940, sprak al in 1909 van het *medicament* van de arbeid. [1007] De geneesheer-directeur van Brinkgreven, Le Rütte, vond dat de actievere therapie niets toevoegde aan de arbeidstherapie zoals hij die al jaren toepaste. [1008]

Van der Scheer waarschuwde ervoor allerlei bezigheden ter 'verstrooiing' als arbeid te betitelen - in dat verband zouden de door inrichtingen gepresenteerde cijfers omtrent het aantal arbeidende patiënten niet altijd even betrouwbaar zijn.[1009] Zelf maakte hij onderscheid tussen arbeid die niet veel meer was dan eenvoudige 'bezigheid' en 'nuttige arbeid', dat wil zeggen werk dat in sociaal-economisch opzicht waardevol was.[1010] De eerste, eenvoudige soort arbeid, waaronder touw pluizen, bonen sorteren, naaien, breien of haken, vond plaats in opvoedkundige verblijfzalen - therapiezalen volgens de Santpoortse benaming. Die waren bestemd voor de opvoeding van patiënten tot een bepaalde arbeidsgeschiktheid. Hoofdzaak was, zo schreef Van der Scheer, dat er in de verblijfzalen 'een geest van gezellige rust' en 'ordelijkheid' heerste en dat alle patiënten zich dienovereenkomstig leerden gedragen.[1011] Tijdens de werkzaamheden mochten zij niet praten. Bij onrustig en hinderlijk gedrag was consequent en ogenblikkelijk ingrijpen geboden: eerst door middel van een rustige vermaning of

---

[1005] Carp 1938b, 172.
[1006] Zie Vijselaar 1998c, 76.
[1007] Lindeboom en Van Lieburg schrijven dat hij misschien de eerste is geweest die ons land 'aldus van arbeids*therapie* heeft gesproken'. Lindeboom en Van Lieburg 1994, 158. Zie ook Van der Scheer en Van der Hoeven Jr. 1924, 312.
[1008] Zie: Roosjen 1993, 29 en Van der Scheer 1933, 74-77. Poslavsky wees naderhand, in 1961, op de overeenkomsten tussen in de negentiende eeuw door Schroeder van der Kolk verkondigde ideeën en hetgeen Van der Scheer als nieuw aanprees in de actievere therapie. Poslavsky 1961, 82-85.
[1009] Van der Scheer 1933, 79.
[1010] Van der Scheer 1933, 80.
[1011] Van der Scheer 1933, 117.

afleiding, of anders door verwijdering uit de omgeving waar de patiënt storend was, bijvoorbeeld door kortdurende isolatie.

Tot nuttige arbeid rekende Van der Scheer zowel arbeid in werkplaatsen waar patiënten een product maakten om te verkopen - bijvoorbeeld matten kleedjes, raffiamandjes en linnen stoffen - als arbeid in bedrijven en afdelingen van de psychiatrische inrichting die hoe dan ook noodzakelijk was, zoals huishoudelijk werk in de keuken, wasserij en de tuin. Hij liet niet na de economische waarde van door patiënten verrichte arbeid te becijferen. Zo stelde hij vast dat de 'nuttige arbeid' van patiënten in de bedrijven en afdelingen van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort een flinke besparing op de salariskosten opleverde – een strategisch welkome boodschap anno 1933, aan de vooravond van de door de centrale overheid opgelegde bezuinigingsoperatie in de krankzinnigenzorg, waartoe de Commissie-Frederiks het jaar daarop zou adviseren.[1012] Daarnaast wees Van der Scheer op de therapeutische en daarmee indirect ook economische waarde van door patiënten te verrichten arbeid als zodanig. Zo was het uitdrukkelijk de bedoeling de zieken hierdoor weer gezonder te maken en zo de terugkeer in de maatschappij mogelijk te maken. Het laten werken van de patiënten was in de eerste plaats een effectief opvoedkundig middel, geen doel op zichzelf van de behandeling, benadrukte hij.[1013] Tegelijkertijd wees hij erop dat bij iedere zieke, ook bij geesteszieken, therapie ook gericht was op herstel en optimalisering van de arbeidsproductiviteit.[1014] Het was, in deze voorstelling van zaken, arbeid vóór en arbeid na – als therapeutisch middel in de kleine gestichtsmaatschappij ten einde vervolgens in de grote maatschappij beter tot werken in staat te zijn. De centrale waarde van productieve arbeid stond buiten kijf: een gezonde burger was een werkende burger, evenals goed burgerschap een arbeidzaam leven vooronderstelde.

De invoering van de actievere therapie bracht een radicale ommezwaai in het gestichtsregime met zich mee, met name op de afdelingen voor onrustigen en halfrustigen. Was voorheen het beleid geweest onrustige patiënten zo goed en zo kwaad als het ging te kalmeren en in bedwang te houden door middel van bedverpleging, permanente baden, isoleren, narcotica of inwikkelingen, sedert de komst van de actievere therapie waren dergelijke maatregelen nauwelijks meer nodig, althans zo beweerde Van der Scheer. Naar zijn zeggen was maar liefst zo'n negentig procent van de Santpoortse patiënten overdag geregeld aan het werk; de overige tien procent behoorde grotendeels tot de lichamelijk zieken.[1015] Dat was, zeker ook gezien de weerstanden die aanvankelijk onder een deel van het verplegend personeel overwonnen moesten worden, geen geringe prestatie.

Hoe dan ook onderscheidde de actievere therapie zich van de somatische therapieën en van de psychotherapie, als die al toepassing vond, door het veel grotere bereik. De actievere therapie was niet slechts voor een kleine groep, maar in principe voor alle, niet lichamelijk zieke patiënten bedoeld. Zoals in de vorige paragraaf is

---

[1012] Van der Scheer 1933, hoofdstuk V. Van der Scheer rekende voor dat de besparing in Santpoort neerkwam op ruim een kwart miljoen gulden per jaar, terwijl de feitelijke salariskosten een miljoen gulden bedroegen (p. 89). Al eerder hadden diverse leden van Provinciale Staten hun ontstemming geuit over de hoge verbouwingskosten die ten behoeve van de actievere therapie in Santpoort op de begroting voor 1929 waren opgevoerd. Blok 1997a, 142.
[1013] Van der Scheer 1933, 76.
[1014] Van der Scheer 1933, 96.
[1015] Van der Scheer 1933, 61-62.

vermeld, ging het er bij de actievere therapie om het verantwoordelijkheidsgevoel van patiënten te activeren, onder meer door middel van het belonen van goed gedrag en het bestraffen van slecht gedrag. Het gesticht, zo schreef Van der Scheer, diende te veranderen in 'een nieuwe, kleine maatschappij voor den geesteszieke, waar hij niet telkens in botsing komt met niet begrijpende medemenschen.'[1016] In deze maatschappij was het streven niet alleen gericht op orde, regelmaat, arbeidzaamheid en het kweken van nieuwe zelfstandigheid en een nieuwe eigenwaarde, maar was er ook, net als in 'de groote maatschappij', plaats voor ontspanning, feestelijkheden, afleiding, gymnastiek en sport.

Van der Scheer was het geheel eens met Stärcke's uitspraak dat 'alle krankzinnigheid berust op *vereenzaming*.' Die vereenzaming kwam volgens hen ten dele door de geesteszieken zelf, maar ten dele ook door de maatschappij. 'Als wij hen dus willen genezen moeten wij hen leeren de maatschappij te verdragen, en de maatschappij leeren om hen te verdragen. Wij beginnen dan met een voor dit doel in elkaar gezette proefmaatschappij, dat is: het gesticht.'[1017] Het waren mooie idealen die tot ruim na de Tweede Wereldoorlog zouden meegaan. Hoe ze precies in de praktijk uitpakten, en vooral óf het regime van de actievere therapie behalve de activering van patiënten ook voor meer patiënten 'genezing' en ontslag met zich meebracht, valt slechts ten dele te achterhalen.[1018]

Zoveel is wel duidelijk dat de actievere therapie een min of meer succesvol alternatief voor dwangmiddelen bood bij de beteugeling van onrustig gedrag. Van der Scheer waagde het zelfs de stelling te poneren dat onrust vrijwel geheel uit het gesticht was te bannen.[1019] De vraag hoe theorie en praktijk met betrekking tot de toepassing van dwang zich in het interbellum ontwikkelden, verdient overigens nog nader onderzoek. De wettelijk verplichte dwangmiddelenregistratie – artikel 4 van de Krankzinnigenwet van 1884 – raakte, zoals eerder vermeld, na 1914 in het slop. Het bestaande dwangmiddelenregister voldeed niet langer en tot de opstelling van een nieuw register kwam het voorlopig niet. De inspecteurs waren er inmiddels van doordrongen dat er 'allerlei overgangen' waren tussen 'echte' dwangmiddelen en middelen die dat niet waren – zoals bijvoorbeeld de inwikkeling. Dit inzicht en de ook in Nederland voelbare effecten van de Eerste Wereldoorlog – door de mobilisatie waren er minder verplegers beschikbaar - zullen hen ervan hebben weerhouden om een nieuw dwangmiddelenregister op te stellen. Pas in 1930 kwam er bij Koninklijk Besluit een nieuw model-register voor de dwangmiddelen. Dit onderscheidde zich van het oude doordat de opsomming van te registreren dwangmiddelen had plaatsgemaakt voor 'twee, niet nader onderverdeelde rubrieken: 1. Afzondering in een daarvoor bestemde kamer, 2. Alle overige maatregelen waardoor de verpleegde verhinderd wordt één of meerdere ledematen vrijelijk te gebruiken.'[1020] Inwikkelingen moesten voortaan dus ook worden geregistreerd.

In de tijdens het interbellum gepubliceerde edities van leerboeken voor de verpleging valt geen substantiële verruiming van het begrip dwang te bespeuren: het accent lag op het gebruik van mechanische dwangmiddelen en isoleren – de vormen van

---

[1016] Van der Scheer 1933, 160.
[1017] Van der Scheer 1933, 160-161.
[1018] Zie behalve Van der Scheers publicaties over de actievere therapie ook: Kohnstamm 1929; Blok 1997a, 132-147; Vijselaar 1998c, 78-87; Roosjen 1993, 28-34.
[1019] Van der Scheer 1933, 5.
[1020] Van de Klippe 1997, 41.

dwang uit het oude dwangmiddelenregister – en van inwikkelingen.[1021] We weten niet in hoeverre patiënten of anderen bijvoorbeeld ook de onderwerping aan somatische therapieën, de toediening van sedativa of de verplichting tot arbeid als vormen van dwang ervoeren. Dat de Inspectie, om één voorbeeld te noemen, in het verslag over 1919 het gebruik van sedativa nader aanduidde als '*chemical restraint*', geeft in ieder geval aan hoe de Inspectie erover dacht.[1022] Of gestichtsartsen een dergelijke verruiming van het begrip dwang deelden, is nog maar zeer de vraag. Zo schreef de Inspectie in het verslag over 1930, naar aanleiding van het gebrekkig rapporteren over inwikkelingen en andere vormen van lijfsdwang, dat artsen deze wel erg beperkt opvatten. 'Vele gestichtsgeneesheeren hebben van het begrip "dwang" eene andere voorstelling dan andere burgers en zijn geneigd om de inwikkelingen, welke moeten dienen om den patiënt te beletten zich te bewegen, niet als lijfs*dwang* te beschouwen.'[1023]

Hoe de opvattingen over en met name de praktijk van het isoleren zich in het interbellum ontwikkelden, is eveneens nog maar ten dele bekend. Een interessant geluid liet Cox in 1921 horen, toen hij de moderne isoleerkamer – ter onderscheiding van de vroegere, maar nog steeds gebruikte isoleercel – als 'gestichtsboudoir' typeerde, dat net als een boudoir in een gewoon huis, of welk ander apart vertrek ook, iemand in de gelegenheid kon stellen om in afzondering tot zichzelf te komen. 'Misschien is er geen knapper psychiater dan de gefortuneerde man of vader, die zijn vrouw of dochter voorziet van een *boudoir*', zo schreef hij nogal ironisch. In feite voerde Cox een pleidooi voor een betere gestichtsverpleging: de 'massabehandeling' zou moeten worden teruggedrongen ten gunste van meer differentiatie in de voorzieningen en vooral 'een deskundige, persoonlijke, individueele, psychische behandeling.'[1024] In de leerboeken voor de verpleging - ook Cox schreef, zoals gezegd, een handleiding - valt een soortgelijke tendens te bespeuren: de nieuwe isoleerkamer verdiende verre de voorkeur boven de oude isoleercel en bovendien moest langdurig isoleren indien enigszins mogelijk worden vermeden.[1025]

Nieuw was ook, bij wijze van opvoedkundige maatregel in het kader van de actievere therapie, het kortstondig isoleren - zo'n vijf minuten tot hooguit een half uur - van patiënten die zich niet in het gareel wilden voegen.[1026] Daarvoor behoefden verpleegkundigen geen toestemming aan artsen te vragen, hetgeen wél moest als het om een langer durende afzondering ging. Het modelregister voor dwangmiddelen onderging in 1936 nogmaals een wijziging. Voortaan hoefden gestichten nog slechts afzonderingen die overdag hadden plaatsgevonden en die langer dan twee uur hadden geduurd aan de Inspectie te melden. Dat wijst niet alleen op een acceptatie van de kortstondige, opvoedkundige vorm van isoleren, maar wellicht ook op een veelvuldige toepassing ervan.[1027] Of het langduriger isoleren, zoals Van der Scheer anno 1933 voor Santpoort aangaf, ook elders weinig meer voorkwam en vanaf wanneer zich een dalende lijn aftekende, valt niet met zekerheid te zeggen.

[1021] Aan de Stegge 2005a.
[1022] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 125.
[1023] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 44-45.
[1024] Cox 1921, 94-96.
[1025] Aan de Stegge 2005a; Cox 1927-1929. Overigens was in Meerenberg al veel eerder, namelijk halverwege de negentiende eeuw, de ‘singleroom’ geïntroduceerd.
[1026] Zie Van der Scheer 1933, 122-123; Aan de Stegge 2005a.
[1027] Van de Klippe 1997, 41.

Alhoewel geen therapie in engere zin - ook niet volgens de maatstaven van indertijd - bood de gezinsverpleging, zoals die onder verantwoordelijkheid van gestichten en psychiatrische inrichtingen plaatsvond, een interessant alternatief voor of, bij wijze van proefverlof, vervolg op verpleging in het gesticht.[1028] Zoals eerder vermeld werd in 1922 het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord te Beilen, een initiatief van de drie noordelijke provincies, in gebruik genomen. In 1930 waren inmiddels ongeveer 150 patiënten van Beileroord bij gezinnen in de omgeving ondergebracht, een aantal dat in de jaren dertig nog verder zou stijgen.[1029] Het aandeel van de officiële gezinsverpleging in de totale krankzinnigenzorg steeg van 0.8 procent (132 personen) in 1920 naar 3.4 procent (844) in 1935 en 4 procent tussen 1936 en 1939 (ongeveer 1.100 in 1939). Dit was meteen het maximum dat ooit in Nederland zou worden bereikt.[1030] Het aantal inrichtingen met meer dan 19 patiënten in gezinsverpleging bereikte in de jaren 1936 en 1940 het record van 14.[1031] Met name in de crisisjaren kon het verstrekken van gezinsverpleging een welkome (extra) bron van inkomsten betekenen. Voor gemeenten, die immers voor veruit het grootste deel van de verpleegkosten opdraaiden, was de gezinsverpleging een aantrekkelijk, want goedkoper alternatief. Onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Inspectie kwam bovendien een toenemend aantal patiënten in de Belgische kolonie voor gezinsverpleging te Geel terecht. In 1935 verbleven daar 759 en elders in België nog eens 148 Nederlandse patiënten.[1032] Inclusief de in België ondergebrachte patiënten bedroeg in 1935 het aandeel van de officiële gezinsverpleging in de totale krankzinnigenzorg 7.1 procent (1.751 personen).

Naast de verandering van het leven in de gestichten en inrichtingen dankzij de actievere therapie dan wel een intensivering van de arbeidstherapie, die voorheen inactieve patiënten bij bezigheden of arbeid betrokken, valt nog een andere vernieuwing te signaleren, zij het op veel bescheidener schaal. Het betrof de inrichting van zogenoemde verpleger- of verpleegsterloze ruimtes naar Duits voorbeeld.[1033] Nadat een proef hiermee in Duin en Bosch met succes was bekroond, ging ook het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort ertoe over een verplegerloze ruimte in te richten. In 1930 was de vroegere tuinbaaswoning gereed voor de huisvesting van negentien mannelijke patiënten. Ze hadden ieder een eigen kamertje en een gemeenschappelijke eet- en conversatiezaal. Ze woonden daar zelfstandig, onder toezicht op afstand van een eerste verpleger. Enige tijd later kwam een volgens dezelfde formule ingericht 'landhuis' op het terrein van Santpoort gereed voor achttien alleenstaande vrouwen.[1034] Vanaf de vroege jaren 1960 zouden ook andere psychiatrische inrichtingen, te beginnen met Wolfheze en de Willem Arntsz Stichting, initiatieven ontplooien om chronische patiënten te activeren

---

[1028] Meinema 1923. Zie over gezinsverpleging vanuit Voorburg te Vught: Janssens 1935.
[1029] Veraart 1957, 23.
[1030] Zie het voor de jaren 1920, 1935 en 1936 verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen' in de verslagen van het Staatstoezicht. Zie voor 1939: Veraart 1957, 16. Tijdens de Tweede Wereldoorlog daalde het aantal gezinspatiënten naar 350 in 1945, om vervolgens te stijgen naar 850 in 1954.
[1031] Veraart 1957, 19. Tot 1923 waren Veldwijk en Grave de enige gestichten met meer dan negentien patiënten in gezinsverpleging.
[1032] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 103.
[1033] Verbeek 1930. Als voorbeeld dienden de 'pflegerlose-Abteilungen' van de Provinzial Heil- und Pflegeanstalt te Hildesheim onder directeur Dr. Mönkemöller.
[1034] Van der Scheer 1933, 56.

door hen zo zelfstandig mogelijk in aparte, kleinschalige huisvesting op het inrichtingsterrein te laten functioneren.

2.3.6. *Terug naar de maatschappij*

Het beleid van de gestichten en psychiatrische inrichtingen was er door de bank genomen op gericht de terugkeer naar de maatschappij van zoveel mogelijk patiënten mogelijk te maken, liefst binnen een redelijke termijn. Wanneer de toestand verbeterde of herstel van de patiënt in zicht kwam, dan bood het proefverlof, zoals geregeld in de tweede Krankzinnigenwet, de mogelijkheid om te bezien of de met een rechterlijke machtiging opgenomen patiënt vervolgens voor ontslag in aanmerking kwam. Ook voor patiënten die zonder rechterlijke machtiging in een aangewezen afdeling verbleven, bleek het proefverlof een nuttige tussenstap op weg naar het ontslag. Op veel bescheidener schaal gold dat eveneens voor de gezinsverpleging, die voor een deel van de patiënten eenzelfde functie vervulde, namelijk hen onder verantwoordelijkheid van gesticht of inrichting testen voor en voorbereiden op terugkeer naar de maatschappij. Ook de in de jaren twintig en dertig tot ontwikkeling gekomen nazorg - waarover meer in het volgende hoofdstuk - maakte dat patiënten misschien niet steeds eerder, maar wel met extra ondersteuning hun weg terug naar de samenleving konden vinden.

De jaarlijkse algemene overzichten van het Staatstoezicht wijzen uit dat gemiddeld 34 procent van de patiënten die tijdens het interbellum werden opgenomen het gesticht of de psychiatrische inrichting met de aantekening 'hersteld' verliet.[1035] Daarnaast kreeg nog eens gemiddeld 17 procent van de patiënten ontslag met de aantekening 'niet hersteld'. Dit percentage vertoonde in de loop der jaren slechts geringe schommelingen. Het ontslagpercentage van herstelden en niet-herstelden tezamen bedroeg derhalve tijdens het interbellum 51 procent.

Wanneer, onder welke omstandigheden, hoe en op wiens initiatief of verzoek kwam het ontslag in de praktijk tot stand? Op basis van zijn analyse van patiëntendossiers van Endegeest, Voorburg en Wolfheze over de periode van circa 1890 tot 1950 stelde J. Vijselaar vast dat ruim een-derde (36 procent) van de in deze periode opgenomen patiënten het gesticht of de inrichting met de aantekening 'hersteld' (ruim 20 procent) of 'verbeterd' (15 procent) verliet. Slechts 8 procent van de patiënten uit de onderzochte dossiers kreeg ontslag met de aantekening 'niet hersteld' of vertrok soms zelfs tegen het advies van de arts in. De als hersteld of verbeterd ontslagen patiënten waren gemiddeld wat jonger en hun ziekte had vaker een acuut karakter. Ook kwamen stemmings- en psychotische stoornissen onder hen meer dan gemiddeld voor en beschikten ze relatief vaak over een familienetwerk. Voor het overgrote deel van hen (ruim 80 procent) brak het moment van ontslag binnen een jaar na hun opname aan. Voor sommige patiënten kwam de opname neer op een soort crisisinterventie. Zij werden binnen enkele weken of maanden ontslagen. Onder hen bevonden zich vrouwen met een kraamvrouwenpsychose en alcoholisten die in een toestand van delirium tremens waren opgenomen. Patiënten die na een verblijf van gemiddeld zo'n vijf maanden als hersteld of verbeterd hun ontslag kregen, hadden doorgaans een korte episode van melancholie of schizofrenie achter de rug. Dan was er nog een kleine groep patiënten, bestaande uit alcoholisten en lijders aan depressie of schizofrenie, die na anderhalf tot vier jaar in verbeterde toestand de

[1035] Zie de tabellen 2.1 en 2.2 in 2.3.2. De gestichts- en inrichtingsbevolking. De tellingen lopen tot en met 1936.

inrichting mocht verlaten.[1036] Vijselaars onderzoek wijst uit dat de vermindering van precies die problematische gedragingen, die, samengevat onder de noemer 'sociale onmogelijkheid', tot opname hadden geleid, in de aanloop naar ontslag golden als indicaties van verbetering of herstel.[1037] Het vermogen tot communiceren, arbeid en rustig, sociaal geïntegreerd gedrag was in feite van doorslaggevend belang, meer nog dan het verdwijnen van hallucinaties en wanen of de verwerving van ziekte-inzicht.

Aan het uiteindelijke ontslag ging, over de hele periode bezien, in meer dan 60 procent van de gevallen de verlening van proefverlof vooraf. Soms begon het proefverlof met een dag of weekend thuis, waarna vervolgens de verlofperioden geleidelijk langer werden totdat de patiënt, indien alles goed ging, formeel ontslag kreeg. Voor andere patiënten volstond een langer proefverlof ineens. In veel gevallen gaf de patiënt zelf of diens familie de wens te kennen om de inrichting te verlaten. De verantwoordelijke geneesheer verleende doorgaans zijn medewerking aan een dergelijk verzoek mits de patiënt ook inderdaad aan de beterende hand was. Het proefverlof fungeerde vervolgens als een experiment waarbij moest blijken of het gedrag van de patiënt er in sociaal opzicht inmiddels mee doorkon. Soms ook slaagden familieleden erin een patiënt die geen tekenen van verbetering vertoonde, toch mee naar huis te krijgen. In dergelijke gevallen was er duidelijk sprake van een hernieuwde bereidheid of een hersteld vermogen om de geesteszieke zelf te verzorgen.[1038] Patiënten die op een dergelijk sociaal netwerk konden terugvallen, waren duidelijk in het voordeel: terwijl tegen de 60 procent van alle patiënten vanuit een gezin of familie was opgenomen, gold voor ten minste 74 procent van degenen die ontslag kregen, dat zij terug konden gaan naar hun ouders, het eigen gezin of andere familieleden. Vijselaar concludeert dan ook dat het ontslag ten minste gedeeltelijk het resultaat was van een sociaal proces, namelijk onderhandeling tussen de inrichting en de familie, en niet louter afhing van medische overwegingen of overwegingen op het gebied van ordehandhaving. Naast de mogelijkheid tot terugkeer naar een gezin of familie, blijken ook het hebben van werk en inkomen zo niet een voorwaarde dan toch bevorderlijk te zijn geweest voor de terugkeer naar de samenleving.[1039] De zich ontwikkelende voor- en nazorg droeg hiertoe eveneens bij.

De al met al soepele gang van zaken bij het verlenen van proefverlof en ontslag bracht Vijselaar tot de uitspraak dat de muren van het gesticht minder hoog waren dan doorgaans wordt aangenomen.[1040] In het geval van de patiënten die, veelal op verzoek van hun familie, naar huis konden terugkeren bleek de barrière inderdaad niet al te groot te zijn. We hebben hier uiteraard te maken met de succesverhalen, terwijl we in het ongewisse blijven over eventuele niet-geslaagde pogingen om proefverlof en ontslag voor een in het gesticht verblijvend familielid te verkrijgen. Voor alleenstaanden die niet over een sociaal vangnet beschikten, waren de kansen op terugkeer naar de maatschappij hoe dan ook minder groot. Tijdens het interbellum, toen de komst van aangewezen afdelingen de opname van patiënten zonder rechterlijke machtiging mogelijk maakte, verwierf de inrichtingspsychiatrie in ieder geval een nieuwe dimensie van 'openheid'. Aan de poort won de inrichting daarmee aan toegankelijkheid. Gevoegd bij Vijselaars observatie dat de

---

[1036] Vijselaar 2005, 285-289; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.
[1037] Zie over het begrip 'sociale onmogelijkheid': 1.5.2. Tussen thuis en gesticht.
[1038] Zie ook De Graaf 2007, 71-72.
[1039] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.
[1040] Vijselaar 2005, 291.

gestichtsmuren toch al geen al te groot obstakel vormden voor terugkeer naar de maatschappij, kan de conclusie zijn dat de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen allengs een opener karakter kregen.

2.3.7. *De forensische psychiatrie en de psychopatenzorg*

De conclusie van de vorige paragraaf gaat niet op voor de nieuwe gespecialiseerde inrichting die aan het eind van de jaren twintig het daglicht zag en die deels onder het gezag van het Ministerie van Justitie kwam te vallen: het zogenaamde psychopatenasiel voor geestelijke gestoorde delinquenten. In deel 1 hebben we gezien dat psychiaters, juristen en politici vanaf het eind van de negentiende eeuw discussieerden over de geëigende maatregelen jegens zogenaamde grensgevallen, niet volledig krankzinnige, maar wel psychisch gestoorde en veelvuldig recidiverende wetsovertreders. Nadat al eerder, in 1911, 1915 en 1921, wetsontwerpen bij de Tweede Kamer waren ingediend om een bijzondere strafrechtelijke aanpak van deze groep delinquenten mogelijk te maken, nam het parlement in 1925 de zogenoemde Psychopathenwetten aan. Deze traden in 1928 in werking en gaven de rechter de mogelijkheid om zowel volledig als deels ontoerekenbare plegers van misdrijven ter beschikking van de regering te stellen (TBR), waardoor zij na de eventuele gevangenisstraf onder dwang in een psychopatenasiel werden geïnterneerd of anderszins - in het geval van een voorwaardelijke veroordeling of voorwaardelijk ontslag - onder psychiatrisch toezicht kwamen te staan. Een TBR viel elke twee jaar op vordering van de Officier van Justitie te verlengen, waarbij de rechter zijn beslissing in hoge mate liet afhangen van het oordeel van de behandelend psychiater omtrent de geestesgesteldheid van de delinquent en de kans op recidive. Rechters konden daders die als volkomen ontoerekeningsvatbaar golden ook, zoals voorheen, op basis van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht vrijspreken en onder dwang in een krankzinnigengesticht laten opnemen.[1041] De TBR-regeling, de realisering van wat vertegenwoordigers van de Nieuwe Richting en psychiaters al vanaf de eeuwwisseling hadden bepleit, was in eerste instantie vooral ingegeven door de wens om de maatschappij tegen onverbeterlijk en gevaarlijk geachte criminelen te beschermen door hen langer uit de maatschappij te verwijderen dan op basis van een louter juridische veroordeling en het proportionaliteitsbeginsel viel te legitimeren. De wet schreef voor dat TBR alleen kon worden opgelegd als de openbare orde en veiligheid naar het oordeel van de rechter in het geding waren.[1042]

Aan de ene kant was de TBR onderdeel van een verharding van het strafrechtsklimaat ten aanzien van als onverbeterlijk beschouwde misdadigers. Een jaar na de invoering van de Psychopathenwetten nam de Tweede Kamer de zogenaamde Bewaringswet aan waardoor het mogelijk werd alle gevaarlijk geachte 'beroeps- en gewoontemisdadigers', ook als zij niet geestelijk gestoord waren, na het uitzitten van hun straf voor tenminste vijf en ten hoogste tien jaar te interneren. Tot een daadwerkelijke uitvoering van deze maatregel is het evenwel nooit gekomen.[1043] De roep om orde en

---

[1041] Deze laatste categorie was niet groot: in het midden van de jaren twintig werden jaarlijks rond de twintig volledig ontoerekenbare delinquenten op basis van artikel 37 in een krankzinnigengesticht geplaatst. Kortenhorst 1929.

[1042] De Ridder en De Vries 1984, 79; Haffmans 1984, 8; vergelijk Kortenhorst 1929.

[1043] Van Bemmelen 1957; Franke 1990, 617-620; Krul-Steketee en Zeegers 1993, 19; Haffmans 1983, 26-27.

gezag werd begin jaren dertig mede in de hand gewerkt door de economische crisis en de daarmee verbonden sociale onrust als gevolg van kortingen op lonen en steunuitkeringen. De sociale beroering bereikte in de jaren 1933-1934 een hoogtepunt met de muiterij op het marineschip de *Zeven Provinciën* in Nederlands-Indië en rellen in Amsterdam (het Jordaanoproer) en andere plaatsen.[1044]

Aan de andere kant werd de met de Kinderwetten en de voorwaardelijke veroordeling verbonden aanpak in de strafrechtsspraak, gericht op heropvoeding en resocialisatie, voortgezet. De Psychopathenwetten waren in dit opzicht dubbelzinnig: ondanks de nadruk op de bescherming van de maatschappij door middel van een langer durende internering van psychopaten dan op grond van het strafrechtelijke proportionaliteitsbeginsel was te verdedigen, boden ze ook een perspectief om het accent te verleggen van bestraffing naar behandeling en reclassering. De onderbrenging van de psychopatenzorg bij de afdeling Reclassering van het Ministerie van Justitie en de veelvuldige toepassing van voorwaardelijk ontslag wezen in die richting.[1045] De TBR zou voortdurend aanleiding geven tot debatten onder juristen en psychiaters over de vraag of de maatschappelijke beveiliging dan wel de individuele behandeling prioriteit moest krijgen.

Mede door de veelvuldige toepassing van de voorwaardelijke veroordeling daalde de bevolking van de gevangenissen en huizen van bewaring in de periode 1910-1930 van ruim 3.000 naar bijna 2.400. Het aantal gedetineerden bereikte in het midden van het interbellum met ruim 30 per 100.000 inwoners een laagterecord.[1046] Gedetineerden met psychische stoornissen - ongeveer 100 nieuwe gevallen per jaar - kwamen in eerste instantie in de Bijzondere Strafgevangenis van Scheveningen terecht en wanneer ze ook daar vanwege de ernst van de problemen niet waren te handhaven, verhuisden ze naar het in 1918 geopende Rijkskrankzinnigengesticht in Woensel bij Eindhoven.[1047] De psychiaters B.P. Westerhuis, Meijers en S.P. Tammenons Bakker deden onderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen en zelfmoorden in gevangenissen, waarbij zij vaststelden dat de eenzame opsluiting de kans daarop vergrootte. De juriste E.C. Lekkerkerker, die een proefschrift had geschreven over Amerikaanse heropvoedingsgestichten voor vrouwen en de grondslag legde voor de psychiatrische consultatiebureaus voor criminele en andere moeilijke kinderen, schreef in 1935 namens een reclasseringscommissie een lijvig rapport over gedetineerde vrouwen, waarin zij pleitte voor aparte straf- en heropvoedingsinstellingen voor hen.[1048] Het bestuur van de NVPN drong aan op de aanstelling van artsen met een psychiatrische opleiding in gevangenissen.[1049]

[1044] De muiterij was een protest van de schepelingen tegen een korting op hun loon. De regering maakte met harde hand een eind aan de muiterij. In de verkiezingen die drie maanden later plaatsvonden, was herstel van orde en gezag een belangrijk thema. De ARP onder leiding van H. Colijn, die had aangedrongen op hard optreden, won de verkiezingen.

[1045] Weijers 2003, 15-16; vergelijk Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 199.

[1046] Franke 1990, 609, 615.

[1047] In de jaren 1920-1927 ging het om 86 gedetineerden. Franke 1990, 606.

[1048] Franke 1990, 588, 606-608, 612.

[1049] Notulen bestuur NVPN 27-4-1926, 27-11-1926, Archief NVPN.

De psychiatrische invloed op het terrein van de strafrechtspleging en de reclassering breidde zich uit. In verband met de mogelijkheid om een voorwaardelijke veroordeling of een TBR op te leggen, wonnen de adviezen en rapporten van psychiaters en reclasseringsambtenaren aan betekenis.[1050] De Psychopathenwetten betekenden een juridische erkenning van de noodzaak om bij sommige verdachten vanwege hun persoonlijkheidskenmerken en drijfveren psychiatrisch advies in te winnen. Het gerecht kon een psychiatrisch onderzoek in het Huis van Bewaring of in een daartoe aangewezen kliniek of inrichting opleggen.[1051] Voor de beoordeling van de mate van ontoerekeningsvatbaarheid achtten psychiaters niet alleen de geestesgesteldheid van de dader op het moment dat deze het delict pleegde, maar de gehele persoonlijkheid relevant. De TBR-regeling was, in de woorden van de psychiater Kortenhorst, bedoeld voor 'de algemeen-gevaarlijke, gebrekkig-ontwikkelde of ziekelijk-gestoorde afwijkenden van den z.g. norm, van wie herhaling der delicten te vreezen staat, gezien hun voorleven, persoonlijkheid en karakter.'[1052] Volgens de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* ging het om een categorie wetsovertreders waaronder 'de gevaarlijkste misdadigers' waren aan te treffen.[1053]

Het aantal rechtszaken waarin rechters de deskundigheid van psychiaters inriepen, steeg.[1054] Hoewel de Minister van Justitie, J. Donner, mede met het oog op de beperkte verplegingscapaciteit, al bij de invoering van de Psychopathenwetten waarschuwde voor een 'überpsychiatrisierung', waardoor het begrip psychopathie een te ruime invulling zou kunnen krijgen, legden rechters veelvuldig TBR op, tussen 1929 en 1933 gemiddeld bijna 140 keer per jaar, waarbij het in 120 gevallen om een onvoorwaardelijke veroordeling ging.[1055] Psychiaters vervulden hun forensische taken als nevenfunctie naast hun vaste werkzaamheden. Weliswaar werd er gesproken over de wenselijkheid van de institutionalisering van de gerechtelijke psychiatrie in de vorm van de aanstelling van vaste districtspsychiaters in de arrondissementen, maar het bleef vooralsnog bij plannen, mede omdat gestichtsartsen die forensische werkzaamheden als nevenfunctie vervulden, zich hiertegen verzetten. Wel raakten in bescheiden mate ook maatschappelijk werkers en psychologen bij dit werk betrokken, vooral op het gebied van de sociale begeleiding en diagnosestelling.[1056]

Zoals gezegd brachten de Psychopathenwetten een nieuw type gesticht met zich mee: het psychopatenasiel voor de detentie en verpleging van TBR-gestelden. Om te beginnen werd in 1928 in het Rijksopvoedingsgesticht te Leiden, het voormalige Pesthuis, een psychopatenasiel ondergebracht, dat tegen de 90 bedden telde en beschikte over een observatielaboratorium voor verdachten. Al spoedig kwamen daar van particuliere kant twee voorzieningen bij. In 1929 was dat Oldenkotte, onderdeel van de Rekkensche Inrichtingen te Eibergen, van de Vereeniging tot Stichting van Christelijke Inrichtingen ter Verpleging van Zwakzinnigen, met plaats voor ongeveer 40 TBR-

---

[1050] Franke 1990, 628-629.
[1051] Naast de Rijksasielen ging het hierbij om de psychiatrisch-neurologische klinieken van de Rijksuniversiteit Utrecht, de Gemeente Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit alsmede de Rotterdamse inrichting Maasoord. Kortenhorst 1929.
[1052] Kortenhorst 1929, 175.
[1053] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 195.
[1054] Tammenoms Bakker 1957, 170.
[1055] Haffmans 1984, 11; vergelijk Kortenhorst 1929 en Weijers 2003, 18.
[1056] Weijers 2003, 20-22.

gestelden. In 1930 volgde als onderdeel van de katholieke St. Willibrordstichting te Heiloo het St. Pauluspaviljoen met een capaciteit van eveneens ongeveer 40 bedden. Al gauw dreigde een tekort aan TBR-plaatsen. In 1931 kwamen op het terrein van het rijksgesticht te Woensel nog eens 90 plaatsen voor psychopaten tot stand. In het jaar daarop werd het voormalige Rijksopvoedingsgesticht Veldzicht te Avereest verbouwd tot psychopatenasiel. Bij de ingebruikneming in 1933 had deze rijksinrichting plaats voor 240 verpleegden. Alle gedetineerden uit Leiden en Woensel verhuisden naar Veldzicht, waarna het Leidse psychopatenasiel dicht ging.[1057] Daarna kwamen er voorlopig geen nieuwe voorzieningen meer bij.

Van daadwerkelijke psychiatrische behandeling van TBR-gestelden kwam vooralsnog weinig terecht. Het therapeutisch repertoire bestond hoofdzakelijk uit heropvoeding door middel van een streng regime met nadruk op orde en regelmaat alsmede arbeid. Het aankweken van zelftucht en verantwoordelijkheidsgevoel stond centraal. De enige medische ingreep die toepassing vond was de castratie van zedendelinquenten, waarover hieronder meer. Gedetineerden ervoeren de dwangverpleging niet zozeer als behandeling als wel als straf, vooral vanwege de onbepaalde duur van de detentie, die zij in het licht van de ernst van hun delict vaak als onredelijk beschouwden.[1058] Mede vanwege het gebrek aan financiële middelen waren de psychopatenasielen eerder bewaarinstellingen dan therapeutische inrichtingen.[1059] Bezuinigingen, plaatsgebrek - al in 1931 waren alle beschikbare bedden bezet - en een zekere weerstand van juristen, die vonden dat de rechtsgelijkheid in het gedrang kwam, leidden al in 1933 tot de Psychopathennoodwet of Stopwet om het aantal TBR-veroordelingen te beperken. Deze stopwet, die tot 1947 van kracht bleef, legde nogmaals de nadruk op de beveiliging van de openbare orde. Vermogensdelinquenten die zich niet schuldig hadden gemaakt aan geweld of bedreiging, kwamen niet langer voor deze maatregel in aanmerking, waardoor het aandeel van gewelds- en zedendelinquenten in de psychopatenasielen toenam.[1060] Het gemiddelde aantal TBR-stellingen per jaar daalde vervolgens van ongeveer 140 tussen 1929 en 1933 naar bijna 100 tussen 1933 en 1946. Een kwart tot een derde daarvan betrof voorwaardelijke veroordelingen.[1061]

Het psychiatrisch-criminologische denken over misdaad bewoog zich verder langs de lijnen die sinds het eind van de negentiende eeuw waren uitgezet. W.A. Bongers sociologische benadering, ondersteund door statistisch-sociografisch onderzoek naar misdaad op het in 1934 door W.P.J. Pompe opgerichte criminologische instituut van de Rijksuniversiteit Utrecht, had maar weinig invloed in de psychiatrische wereld en de strafrechtspraktijk. Onder psychiaters vonden het ideeëngoed van de crimineel-antropologische en psychologische benadering meer aanhang. De Haagse zenuwarts F.J. Soesman publiceerde in 1929 zijn *Inleiding tot de studie van de criminologie*, waarin de

---

[1057] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 197; Kortenhorst 1929, 177; Barneveld 1982, 1-5; Van de Uitvlugt 1991; Koenraadt 1991b, 129-144; Bakker 2002a, 41; Bakker 2002e, 245-249; Weijers 2003, 15-17.

[1058] Weijers 2003, 19.

[1059] Barnhoorn 1932; Van Bemmelen 1957; De Ridder en De Vries 1984; Haffmans 1984, 14-15; Weijers 1996, 195.

[1060] Haffmans 1984, 11-14; Weijers 2003, 16-17; vergelijk Van Bemmelen 1957, 9.

[1061] Haffmans 1984, 11. Veel aandacht trok de TBR-stelling van de dichter G. Achterberg in 1938 wegens doodslag op zijn hospita. Achterberg stond zeventien jaar onder psychiatrisch toezicht, onder andere in Veldzicht, de Rekkense inrichtingen en in een pleeggezin. Zie Treffers en Bos 2003.

Lombrosiaanse benadering van de misdadiger als geestelijk en lichamelijk afwijkend menstype nog duidelijk doorklonk. Daarbij verwees hij naar het onderzoek van de Groningse School.[1062] Een van de belangrijkste vertegenwoordigers daarvan, de hoogleraar psychiatrie en neurologie E.D. Wiersma, hield zich uitgebreid bezig met het vraagstuk van de toerekenbaarheid en profileerde zich met een mensbeeld waarin voor de wilsvrijheid maar zeer beperkt plaats was. Vanwege de grote invloed van de psychische aanleg en milieufactoren, zou de strafwet ruimte moeten maken voor meer maatregelen ter behandeling van de gestoorde persoonlijkheid van misdadigers. In het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap sloot de psychiater H. van der Hoeven, als gestichtsarts verbonden aan de Willem Arntsz Hoeve en auteur van *Psychiatrie, een handleiding voor juristen* (1912), zich hierbij aan: verbetering in plaats van bestraffing was zijn devies.

Andere psychiaters, zoals de geneesheer-directeur van Avereest, M. Westerterp, zetten vraagtekens bij zulk therapeutisch optimisme en wezen erop dat de detentie in een gesloten inrichting, die de betrokkenen als onrechtvaardig ervoeren, hun bereidheid om zich psychiatrisch te laten behandelen niet bevorderde.[1063] Eind jaren dertig begonnen artsen als Van der Hoeven en A. Stärcke alsook de strafrechtsgeleerde Pompe afstand te nemen van de idee van de geboren crimineel en te pleiten voor een minder repressieve en meer begripsvolle en op psychologisch inzicht gebaseerde benadering van misdadigers.[1064] Van der Hoeven keerde zich tegen het vergeldingsprincipe in het strafrecht en vroeg aandacht voor de persoonlijkheid van de dader en de invloed van de omgeving op de ontwikkeling van het individu.[1065] S. van Mesdag, privaatdocent in de criminele biologie en psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, sloot zich hier in 1935 bij aan door de nadruk te leggen op de behandelbaarheid van gestoorde misdadigers. Al eerder, in 1932, had Stärcke op een bijeenkomst van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap een psychoanalytische beschouwing aan schuld en straf gewijd, waarin hij het onderscheid tussen veroordeelde misdadigers en 'normale' mensen relativeerde. Tevens pleitte hij voor een minder repressieve aanpak en beweerde hij dat veel 'steunpilaren der maatschappij' de 'werkelijke vijanden van het algemeen welzijn' waren. De voorzitter van de bijeenkomst reageerde enigszins besmuikt met de opmerking dat Stärckes visie 'de bekoring van het vreemde had' en tot nadenken stemde.[1066]

Tegenover dergelijke gezichtspunten, die in de praktijk vooralsnog geen voet aan de grond kregen, stond een meer uitgesproken biologische optiek, die in de jaren dertig mede onder invloed van ontwikkelingen in het buitenland op het gebied van de eugenetica weerklank vond onder zowel juristen als artsen. De artsen J. Sanders en B. Premsela, respectievelijk verbonden aan het Nederlandsch Instituut voor Erfelijkheidsonderzoek bij den Mensch en voor Rassenbiologie en het Amsterdamse consultatiebureau van de NVSH, alsook de juristen J.M. van Bemmelen en H.J. Pippel bepleitten in de jaren dertig castratie als medische ingreep op onverbeterlijk geachte zedendelinquenten. Deze ingreep zou een 'humanitair' alternatief voor langdurige gevangenisstraf kunnen zijn. Op een spreekbeurt voor het Psychiatrisch-Juridisch

---

[1062] Van Weringh 1986, 120.
[1063] Weijers 2003, 18-19.
[1064] Van Weringh 1986, 123; Franke 1990, 628.
[1065] Dankers en Van der Linden 1996, 155-156.
[1066] Franke 1990, 594.

Gezelschap ging Van Bemmelen in op een mogelijke wettelijke regeling van sterilisatie en castratie van misdadigers en andere 'minderwaardigen'.[1067]

In 1930 was castratie geïntroduceerd in de Nederlandse rechtspraak, toen een rechter een exhibitionist een korte voorwaardelijke straf oplegde nadat deze erin had toegestemd zich 'vrijwillig' te laten castreren.[1068] Er volgden meer van dergelijke vonnissen, maar de directe koppeling van juridisch oordeel en medische ingreep was omstreden. Een rechtszaak in Alkmaar deed in dit verband veel stof opwaaien. De rechter had een man die wegens ontucht met een minderjarige jongen terecht stond, voorwaardelijk veroordeeld, nadat deze op advies van een psychiater en met medeweten van de rechter was gecastreerd. Er ontspon zich een discussie onder juristen en artsen over de vragen of hier sprake was geweest van ontoelaatbare dwang en of een rechter zijn vonnis mocht afstemmen op de bereidheid van een verdachte castratie te ondergaan ter voorkoming van recidive. Mede onder invloed van de in 1933 en 1934 in Nazi-Duitsland ingevoerde sterilisatie- en castratiewetten stelden de meeste deelnemers aan het debat zich terughoudend op ten aanzien van dwang. De katholieke Minister van Justitie, J.R.H. van Schaik, en de (confessionele) meerderheid van de Tweede Kamer toonden ook reserves. Katholieke moraaltheologen, juristen en artsen voerden debatten over de morele toelaatbaarheid van castratie. Terwijl zij over het algemeen alle vormen van eugenetica gericht op het voorkómen van ongewenst nageslacht door middel van anticonceptie, sterilisatie, abortus en wettelijke huwelijksbelemmeringen, principieel afwezen, konden de meesten castratie als vorm van 'therapeutische eugenese' wel billijken, waarbij sommigen zelfs een zekere mate van dwang toelaatbaar achtten.[1069] Ook niet-confessionele psychiaters als Van der Scheer beschouwden castratie niet als een eugenetische maatregel, zoals sterilisatie dat wél was, maar als een medische ingreep, namelijk om abnormale seksualiteit te genezen.[1070]

Naar aanleiding van het verzoek van de Minister van Justitie om een onderzoek in te stellen naar de therapeutische werking van castratie, kwam Sanders in 1935 met medewerking van de psychiaters Van der Horst, Kortenhorst en Westerterp met een studie, waarin 11 in Nederland en 100 in het buitenland, voornamelijk in Duitsland, uitgevoerde castraties de revue passeerden. In het merendeel van de gevallen ging het om zwakzinnigen en/of mannen die vanwege hun ontoelaatbaar geachte of strafbare seksuele gedrag - exhibitionisme, hetero- en homoseksuele ontucht met minderjarigen - waren geopereerd.[1071] Van de Nederlandse gevallen werden twee exhibitionisten gerechtelijk vervolgd en hadden dezen als gevolg van de ingreep slechts een voorwaardelijke veroordeling gekregen. De anderen werden niet van zedendelicten verdacht, maar waren in psychiatrische inrichtingen opgenomen, waar de operaties met eigen instemming of die van de ouders zouden hebben plaatsgevonden. Volgens Sanders waren zowel de behandelende artsen als de patiënten in alle gevallen tevreden over het resultaat van de ingreep. De onbedwingbare en ziekelijke seksuele driften verdwenen of verzwakten aanmerkelijk en er zouden nauwelijks hinderlijke fysieke of psychische bijverschijnselen

---

[1067] Van Bemmelen 1933, 34; zie ook Franke 1990, 628; Van Weringh 1986, 123; Oosterhuis 1992, 54.
[1068] Koenders 1996, 261.
[1069] Oosterhuis 1992, 53-55; 80-90.
[1070] Van der Scheer en Hemmes 1936, 573.
[1071] In Nederland lag de door het strafrecht bepaalde leeftijdsgrens voor heteroseksueel verkeer op zestien en voor homoseksuele contacten op 21 jaar.

optreden. Op basis van de buitenlandse en binnenlandse casuïstiek meende Sanders dat castratie als therapeutische behandeling voor ontoelaatbaar seksueel gedrag was aan te bevelen, waarbij hij aantekende dat de betrokkenen zelf of, in geval van zwakzinnigheid, hun ouders of voogden er wel mee moesten instemmen. Ook pleitte Sanders voor een door de regering in te stellen commissie van deskundigen, waar artsen voorgenomen castraties zouden moeten aanmelden ter toetsing van de medische indicatie, niet alleen om de patiënt te beschermen, maar ook om de arts in te dekken tegen eventuele beschuldigingen van lichamelijke mishandeling.[1072]

Een aantal psychiaters deelde Sanders' optimisme omtrent de effectiviteit van castratie. E.A.D.E. Carp en zijn assistenten T.A. Kandou en N. Speijer, die in de jaren dertig in de Leidse universiteitskliniek minstens 12 castraties op homoseksuele mannen en exhibitionisten uitvoerden - naar eigen zeggen nadat psychotherapie had gefaald - achtten de ingreep heilzaam.[1073] Ook Barnhoorn en Meijers zagen castratie als een veelbelovende medische behandeling. Op het congres over homoseksualiteit, dat de R.K. Artsenvereeniging en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen in 1939 organiseerden, sprak Barnhoorn van 'een verrijking […] van ons arsenaal bij de behandeling van personen met een sterke of ziekelijk ontaarde geslachtsdrift […] waarover wij ons terecht kunnen verheugen.' Meijers pleitte ervoor 'het sexueele, gelijk een tumor te verwijderen', zodat die 'rare kerels' met hun 'eigenaardige karaktereigenschappen, andere reacties, een andere romantiek en phantasie' meer harmonische persoonlijkheden zouden worden.[1074]

De door Sanders bepleite commissie kwam er niet en ook een wettelijke regeling bleef uit, in tegenstelling tot in Denemarken, Duitsland en de Verenigde Staten. De overheersende mening was dat de medische ethiek voldoende garanties bood om de beslissing over castratie aan artsen en patiënten over te laten. Alleen voor de operatie van TBR-gestelde zedendelinquenten was toestemming van het Ministerie van Justitie vereist. Volgens de officiële richtlijnen moest de 'patiënt' zelf een verzoek bij de minister indienen en waren tevens een medisch advies en eventueel een verklaring van een geestelijke nodig ter bevestiging van de vrijwillige instemming. Terwijl Minister van Justitie Van Schaik dergelijke verzoekschriften had afgewezen, wist de geneesheer-directeur van het rijksasiel Veldzicht, A.L.C. Palies, diens opvolger C.M.J.F. Goseling in 1938 te overtuigen van het nut van de ingreep.[1075] Tezamen met de psychiater J.J. Wuite, leider van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD) te Den Haag, bracht Palies in 1941 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* verslag uit over 29 gecastreerde zedendelinquenten. Volgens eigen zeggen stelden zij 'steeds op den voorgrond, dat het verlangen om van ziekelijken sexualiteit verlost te worden de drijfveer moest wezen en niet de intentie om in vrijheid te worden gesteld.' Het therapeutisch effect van de operatie zou voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van de mate van vrijwilligheid waarmee de patiënt de castratie onderging.[1076]

Hoewel het Ministerie van Justitie de toestemming tijdens de Duitse bezetting opschortte omdat de secretaris-generaal de nationaal-socialistische eugenetische

---

[1072] Sanders 1935.
[1073] Carp 1936a; Carp 1936b; Kandou en Speijer 1936.
[1074] Barnhoorn et al. 1941, 69, 141.
[1075] Palies 1947, 19.
[1076] Palies en Wuite 1941, 512-513.

praktijken niet in de hand wilde werken, ondergingen in de oorlogsjaren alleen al in Veldzicht 79 TBR-gestelden castratie.[1077] Uit publicaties van Palies en zijn opvolger F. Hartsuiker is af te leiden dat artsen en andere betrokkenen druk uitoefenden op onwillige gedetineerden. Een TBR-stelling hield in dat artsen grote invloed hadden op de duur van de detentie. Zolang de 'patiënt' niet aan zijn 'genezing' meewerkte, konden zij de rechter adviseren om de TBR te verlengen. 'Het weigeren van de castratie is bij ernstige delicten bedenkelijk', schreef Hartsuiker.[1078] Ook in de TBR-afdeling van de St. Willibrordstichting vonden castraties plaats.[1079] In de periode 1930-1968 werden in totaal 384 zedendelinquenten gecastreerd.[1080]

[1077] Koenders 1996, 447; vergelijk Hartsuiker 1947.
[1078] Hartsuiker 1947, 263, 267; vergelijk Palies 1947.
[1079] Wijffels 1954.
[1080] Van de Klippe 1997, 40.

2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij

2.4.1. *Het ontstaan van de voor- en nazorg*

Al in de negentiende eeuw waren er pogingen ondernomen om uit gestichten ontslagen patiënten bijstand en begeleiding te bieden. Zo stelde Ramaer in 1846 aan de afdeling Zutphen van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen voor om hen sociale en zedelijke steun te verlenen. Het bleef bij een voorstel en ook zijn streven naar een landelijke vereniging voor dit doel liep op niets uit.[1081] De oproep van politiecommissaris W. Hoogvliet in 1860 om een 'Nederlands Genootschap tot Ondersteuning van behoeftige Krankzinnigen, en van Herstelden, die uit een Gesticht zijn ontslagen, doch onverzorgd zijn' op te zetten, had evenmin resultaat.[1082] Wel kwamen lokale particuliere initiatieven van de grond te Dordrecht (1854), Amsterdam (1855), Delft (1860), Franeker (1861), Utrecht (1863), Leiden (1868). Deze charitatieve patronaten richtten zich op de materiële en sociale ondersteuning van voormalige gestichtspatiënten, bijvoorbeeld door middel van bemiddeling bij het zoeken naar woonruimte en arbeid. In een circulaire aan de provinciebesturen (1860) bepleitte de Minister van Binnenlandse Zaken de oprichting van dergelijke patronaten op provinciaal niveau. Alleen in Noord-Holland kwam er drie jaar later een dergelijke organisatie tot stand. Over de daadwerkelijke werkzaamheden en de reikwijdte van de patronaten is verder nauwelijks iets bekend.[1083]

Vanaf de Eerste Wereldoorlog kwamen er nieuwe initiatieven ten einde voor sommige krankzinnigen een alternatief voor opname in een gesticht te bieden. De krankzinnigengestichten kampten in toenemende mate met capaciteitsproblemen en oplopende exploitatiekosten. Het plaatsgebrek in de gestichten en de stijgende uitgaven van de gemeentelijke armenkassen, leidden ertoe dat psychiaters en lokale bestuurders in de jaren twintig mogelijkheden gingen zoeken om het aantal langer durende opnamen te beperken en patiënten sneller in de maatschappij terug te brengen. Gemeenten en provincies droegen de verpleegkosten van krankzinnigen grotendeels, maar zij hadden geen zeggenschap over het ontslagbeleid van de inrichtingen. Hun streven om het aantal opnamen te beperken kreeg in de jaren dertig een extra impuls door de economische crisis. Financiële overwegingen waren echter niet de enige reden om naar alternatieven voor gestichtsverpleging te zoeken. In psychiatrische kring bestond al langer twijfel aan het nut van een langdurig verblijf in een inrichting en, zoals we al eerder zagen, mede onder invloed van de actievere therapie kreeg het streven naar meer opvangmogelijkheden voor geesteszieken in de maatschappij grotere aanhang.

Vlak voor de Eerste Wereldoorlog verscheen in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* een pleidooi van de Haagse zenuwarts P.H. Rosenstein voor een uitbreiding en een meer 'doelmatige' organisatie van 'het patronaat over zielszieken'. De hulp aan en het toezicht op krankzinnigen en andere geestelijk gestoorden in de

---

[1081] De Smit 1970, 15-16.

[1082] Esser 1970, 12.

[1083] De Smit 1970, 16; Romme 1978, 241; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 8-9. Volgens de *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid* (1936, 71) bestond een aantal van deze patronaten, aangeduid als 'oude sociaal-psychiatrische instellingen', nog in de jaren dertig: het patronaat voor behoeftige herstelde krankzinnigen in de Provincie Noord-Holland, het patronaat van het St. Joris Gasthuis in Delft, dat sinds 1932 functioneerde als nazorgdienst, het Friesche Patronaat te Franeker, dat in 1933 was omgezet in een nazorgvoorziening, en het Utrechtse Patronaat dat een fonds beheerde waaruit de voor- en nazorg werd gefinancierd.

maatschappij zouden zich niet tot uit gestichten ontslagen patiënten moeten beperken, maar dienden zich ook uit te strekken tot 'psychopaten', die volgens Rosenstein dikwijls vervielen tot wangedrag, zoals 'landlooperij, bedelarij en prostitutie' alsmede 'luieren, drinken en misdaad'. Dit patronaatswerk kon volgens hem het beste door particulier georganiseerde 'bureaus' onder leiding van psychiaters en onder staatstoezicht 'op Hollandsche wijze' worden uitgevoerd.[1084] Wat hij met dit laatste precies bedoelde, legde Rosenstein niet uit en zijn voorstellen kregen vooralsnog geen praktische invulling.

Vier jaar later richtten de inspecteurs van het Staatstoezicht, Schuurmans Stekhoven en Van der Scheer, de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid op. Deze vereniging had tot doel zowel ontslagen patiënten als andere geestelijk gestoorde hulpbehoevenden materiële en morele steun te geven, in het bijzonder door middel van hulp bij het zoeken naar passend werk, bemiddeling bij het vinden van pleeggezinnen en de stichting van 'kolonies' op het platteland voor hun huisvesting en tewerkstelling. De enige voorziening die daadwerkelijk van de grond kwam, was de hoeve Welgelegen in het Noord-Hollandse Ilpendam, die plaats bood aan ongeveer dertig patiënten. Vanwege een gebrek aan financiële middelen was deze vereniging geen lang leven beschoren: zij werd in 1924 geliquideerd.[1085]

Overtuigd van het belang van deze bijzondere vorm van maatschappelijk werk, nam de Amsterdamse psychiater F.S. Meijers nog in hetzelfde jaar het initiatief tot een nieuwe vereniging: de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken. Meijers, eerder verbonden aan de psychiatrische universiteitskliniek Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis en vanaf 1911 privaat-docent in de gerechtelijke psychiatrie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, was in 1916 door de gemeente Amsterdam als psychiatrisch-neurologisch adviseur aangesteld bij de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), waar hij tot taak had om verzoeken tot opname in een gesticht te beoordelen en zo nodig krankzinnigverklaringen op te stellen.[1086] In hetzelfde jaar riep hij een Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken in het leven, dat maatschappelijke ondersteuning aan voormalige gestichtspatiënten bood en waar ook mensen met verstandelijke en psychische stoornissen die (nog) niet waren opgenomen, terecht konden voor hulp en advies. Meijers hield dagelijks spreekuur en hij werd bijgestaan door twee verpleegsters, die zorg droegen voor het 'maatschappelijk werk', en twee administrateurs.[1087] Op instigatie van de nieuwe directeur van de GG en GD die in 1919 aantrad, L. Heijermans, werd Meijers' takenpakket uitgebreid met de medische keuring van gemeentepersoneel en het toezicht op de zorg voor zogenaamde 'maatschappelijk ongeschikten'. Het ging hierbij

---

[1084] Rosenstein 1913, 272, 274, 276.

[1085] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 81; De Smit 1970, 18-19.

[1086] De grote steden, Amsterdam in het bijzonder, liepen voorop in de organisatie van de openbare gezondheidszorg. Amsterdam kende sinds 1893 een gezondheidsdienst, die zich bezighield met de keuring van voedingsmiddelen en het drinkwater en de bestrijding van besmettelijke ziekten. Onder invloed van de Gezondheidswet van 1901, bedoeld om de openbare gezondheidszorg op plaatselijk niveau te stimuleren, groeide deze uit tot de GG en GD. Kerkhoff 1994, 9-26.

[1087] Meijers 1924, 124. In 1924 meldde Meijers dat het aantal bezoekers van het consultatiebureau 'de laatste jaren' schommelde tussen de 3.000 en 4.000, maar het is niet duidelijk of hij hiermee het aantal per jaar bedoelde of het totale aantal gedurende de voorgaande jaren. Meijers 1924, 124.

om een divers samengestelde groep van verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, zoals zwakzinnigen, doofstommen, blinden en toevallijders (epileptici).[1088] Wanneer familieleden of pleeggezinnen hen niet konden huisvesten of verzorgen, kwamen zij terecht in liefdegestichten, gasthuizen, krankzinnigengestichten of speciale instellingen voor zwakzinnigen en epileptici. In 1919 werd Meijers hoofd van de nieuwe afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de GG en GD. Naast zijn sociaal-psychiatrische werkzaamheden hield hij er een grote particuliere praktijk op na.[1089]

Met zijn consultatiebureau stond Meijers in Nederland aan de wieg van wat psychiatrische 'voorzorg' en 'nazorg' ging heten. Terwijl Rosenstein in 1913 nog over 'patronaat' sprak, waren 'voorzorg' en 'nazorg' in het interbellum en ook in de jaren veertig en vijftig de meest gebruikte termen voor de psychiatrische hulpverlening aan geesteszieken in de maatschappij. Daarnaast maakte het begrip 'sociale psychiatrie' vanaf eind jaren twintig opgang, maar de betekenis hiervan was minder duidelijk omlijnd en breder dan die van voor- en nazorg. De term nazorg was overigens al eerder in zwang geraakt als aanduiding voor de begeleiding van zwakzinnige oud-leerlingen van het Buitengewoon Lager Onderwijs (BLO).[1090] De misstanden die Meijers aantrof toen hij in 1919 onderzoek deed naar het lot van zwakzinnigen die ten laste kwamen van de gemeente Amsterdam en die bij gezinnen door heel Nederland waren uitbesteed, vormden een belangrijke aanzet tot zijn bemoeienis met de nazorg van leerlingen van het BLO. De gemeente Amsterdam stelde in 1921 een aparte ambtenaar voor de BLO-nazorg aan, de onderwijzer P. de Boer, die twee jaar later werd toegevoegd aan de afdeling Geestes- en Zenuwzieken. Samen met Meijers nam De Boer het initiatief tot een werkinrichting voor oud-BLO-leerlingen die niet in het normale bedrijfsleven terecht konden. Deze Arbeidsschool voor Geestelijk Zwakken, die in 1924 van start ging, was als particuliere instelling eerst ondergebracht bij de Wilhelmina Vereeniging en daarna bij Meijers' Centrale Vereeniging. In de jaren dertig zou De Boer de zorg voor maatschappelijk ongeschikten in Amsterdam voor zijn rekening nemen.[1091]

Met zijn Centrale Vereeniging, waarbij onder anderen de psychiaters K.H. Bouman, Cox en C.T. Kortenhorst alsmede twee autoriteiten op het gebied van de forensische psychiatrie, de gevangenisarts Van Mesdag en en de rechtsgeleerde W.P.J. Pompe, waren betrokken en die in 1925 koninklijke goedkeuring verkreeg, wilde Meijers zijn werkwijze in de rest van het land verspreiden. De belangrijkste doelstelling was de oprichting van psychiatrische consultatiebureaus in navolging van dat in Amsterdam. In de jaren twintig en dertig kwamen er ruim twintig tot stand, waarbij zowel gemeenten als particuliere organisaties betrokken waren.[1092] De opzet van deze voorzieningen was

---

[1088] Al in 1902 had de Amsterdamse Gemeenteraad een commissie ingesteld om na te gaan hoe het gesteld was met de zorg voor 'diegenen […] die door hunne lichamelijke of geestelijke gesteldheid ongeschikt zijn voor het maatschappelijk leven, zonder dat zij nochtans tot de krankzinnigen kunnen worden gerekend, terwijl noch zij zelven, noch hunne verzorgers in staat zijn de volle kosten hunner verpleging te betalen.' (Meijers 1924, 120) In 1919 bestond deze groep volgens Meijers uit ruim 400 personen, een aantal dat in 1924 was toegenomen tot ongeveer 700, voor het merendeel zwakzinnigen en epileptici. Meijers 1924, 120-123.

[1089] Querido 1980, 121-128.

[1090] Brants 2004.

[1091] Hermans 2001; Brants 2004.

[1092] In het jaarverslag van de Centrale Vereeniging van 1934 is sprake van plaatselijk werk in Amsterdam, Alkmaar, Apeldoorn, Arnhem, Delft, Den Haag, Deventer, Enschede, Haarlem,

bescheiden en varieerde. In sommige steden bestond het consultatiebureau uit niet meer dan een zenuwarts, die in het kader van de reclassering enkele geestesgestoorde delinquenten onder zijn hoede kreeg. In andere plaatsen stond de begeleiding van ontslagen gestichts- of inrichtingspatiënten centraal en werd de zenuwarts geassisteerd door een verpleegkundige; artsen verrichtten dergelijke werkzaamheden in deeltijd naast hun hoofdfunctie in een gesticht of een particuliere praktijk. Daarnaast organiseerde de vereniging cursussen voor wijkverpleegsters en ondersteunde zij de oprichting van werkinrichtingen voor geestelijk hulpbehoevenden. Sommige gemeenten en provincies waren bereid het plaatselijk werk van de Centrale Vereeniging met kleine subsidies te steunen.[1093] Na verloop van tijd ondervonden deze bureaus concurrentie van andere initiatieven op het gebied van de voor- en nazorg, die voortkwamen vanuit de inrichtingen. Het lukte Meijers uiteindelijk niet om deze onder zijn vereniging te bundelen. Deze ging zich mede daarom steeds meer toeleggen op reclasseringsactiviteiten: de psychiatrische begeleiding van voorwaardelijk veroordeelden die ter beschikking van de regering waren gesteld en andere geestelijk gestoorde delinquenten.[1094]

Meijers' benadering kreeg instemming van de NVPN. In 1924 pleitte de vereniging ervoor om vervroegd ontslag van gestichtspatiënten mogelijk te maken door middel van uitbreiding van gezinsverpleging en de oprichting van psychiatrische buitendiensten.[1095] De eerste nazorgdienst die vanuit een gesticht voortkwam, was het Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken in Amsterdam. Deze buitendienst van het joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch werd in 1920 op initiatief van de geneesheer-directeur Kat door de Vereeniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht opgericht. Het consultatiebureau, dat een wekelijks spreekuur verzorgde, bood een praktische oplossing voor het probleem van de grote afstand tussen het gesticht in Apeldoorn en het grote aantal (voormalige) patiënten dat in Amsterdam woonde. Andere gestichten en inrichtingen volgden in de jaren twintig en dertig met soortgelijke initiatieven, maar hun doelstellingen werden verbreed: het ging niet alleen om de begeleiding van voormalige patiënten maar ook om het voorkómen van (her)opnamen.

Tot de meest succesvolle buitendienst ontwikkelde zich die van Maasoord, het gemeentelijke gesticht voor krankzinnigen uit Rotterdam in Poortugaal. De geneesheer-directeur, Pameijer, liet zich inspireren door een Duits voorbeeld: de buitendienst van de psychiatrische inrichting van Erlangen, waar sinds 1908 ontslagen patiënten intensieve begeleiding - *offene Fürsorge* genaamd - kregen ten einde vervroegd ontslag mogelijk te

---

Leeuwarden, Leiden, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht, Zutphen, Middelburg, Goes en Zierikzee. Zie Kraft 1963, 7. In de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* uit 1936 wordt verwezen naar regelmatige (meestal wekelijkse) spreekuren door 21 psychiaters in 21 steden. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 74-76.

[1093] [Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken] 1929.

[1094] Meijers 1928; [Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken] 1929; Kraft 1963, 7; Van der Kwast 1974, 16-17; Van der Grinten 1987b, 39.

[1095] Abma en Weijers 2005, 50.

maken en heropname te voorkomen.[1096] De in 1926 opgerichte en door de gemeente gefinancierde Rotterdamse buitendienst, waarbij een psychiater en twee verpleegkundigen werkzaam waren, hield zich bezig met de nazorg van (vroegtijdig) ontslagen patiënten, vooral door middel van huisbezoeken Ook trachtte de dienst in samenwerking met een consultatiebureau van de Rotterdamsche Vereeniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken, een plaatselijke afdeling van Meijers' Centrale Vereeniging, te bemiddelen bij (her)opnamen en deze zo mogelijk te voorkomen. Verder was de buitendienst betrokken bij de in 1938 opgerichte werkinrichting voor 'geestelijk onvolwaardigen'.[1097]

Pameijer wees op de invloed van maatschappelijke omstandigheden bij het ontstaan, de voortduring en de verergering van geestesstoornissen. Voor een deel was het leed en de onmaatschappelijkheid van geesteszieken volgens hem te wijten aan 'de omstandigheid, dat zij door hunne omgeving niet begrepen, en dientengevolge verkeerd behandeld worden.'[1098] Als hun dagelijkse leefomgeving dat toeliet, dan konden zij eerder uit het gesticht ontslagen worden en zouden zelfs chronische patiënten in staat zijn zich in de samenleving te handhaven. Een bijkomend voordeel hiervan was, zo stelde de aan Maasoord verbonden arts J.F.A. Overbosch, de doorbreking van het maatschappelijk isolement waarin zowel gestichtsartsen als hun patiënten verkeerden.[1099] De buitendienst bood uit het gesticht ontslagen patiënten en hun gezinnen begeleiding en in nauwe samenwerking met de armenzorg, het maatschappelijk werk, de woningdienst, arbeidsbeurzen, politie, reclassering en voogdijraden bemiddelde zij zo nodig bij het verkrijgen van huisvesting, werk en financiële steun.

Materiële ondersteuning stond echter niet voorop, zo stelde Pameijer, het ging in de eerste plaats om 'de persoonlijke aanraking van het deskundig personeel met den patiënt en zijne omgeving.' Praktische ervaring en de juiste persoonlijke instelling waren belangrijker dan theoretische kennis en er was veel volharding, tact en discretie vereist: 'Het komt er op aan, het vertrouwen te winnen, en de geboden hulp moet nooit worden ondervonden als bemoeizucht.' Mede daarom was het consultatiebureau niet gevestigd in een 'holle ambtelijke ruimte, doch in eene particuliere woning' waarin de verpleegkundigen woonden.[1100] De patiënten moesten de hulp niet als dwang ervaren, als ‘een lastige *"bemoeiing"*’, zo onderstreepte ook Overbosch; het ging erom dat deze

> door hen als een *zelf begeerde* hulp zeer op prijs wordt gesteld. […] Vermelding verdient, dat bij alle inmenging in intieme aangelegenheden, zoo bescheiden mogelijk wordt opgetreden. *'Hulp bieden en klaar staan, geen dwang!'*, dat is het parool van den buitendienst. De patiënt moet zich zoo weinig mogelijk *'patiënt'* gevoelen en zooveel mogelijk een nuttig lid van de maatschappij.[1101]

[1096] Pameijer, die bestuurslid was van de Centrale Vereeniging en deelnam aan de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, werd in 1930 Inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten in Noord- en Zuid-Holland.
[1097] Overbosch 1928; De Schepper 1991.
[1098] Pameyer 1932, 200.
[1099] Overbosch 1928.
[1100] Pameyer 1932, 200-201.
[1101] Overbosch 1928, 19-20.

Blijkbaar wilde Overbosch de voor- en nazorg zoveel mogelijk vrijhouden van het stigma dat vanwege de rechterlijke machtiging en dwangopnamen aan het gesticht kleefde. Hiermee distantieerde de Rotterdamse buitendienst zich van haar Duitse voorbeeld, aangezien in Erlangen zo nodig gebruik werd gemaakt van politiedwang. Andere Nederlandse psychiaters daarentegen sloten dwang op dit terrein niet uit. Zo stelde het hoofd van de in 1929 opgezette buitendienst van Voorburg in 's-Hertogenbosch, H.C.M. Jansen, op een gezamenlijke aan de nazorg gewijde vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen dat de overheid te slap optrad tegen onwillige patiënten. Hij had zich in zowel Rotterdam als Erlangen georiënteerd, en merkte op dat de buitendienst in die laatste plaats dankzij politieassistentie veel effectiever kon optreden.[1102]

De Rotterdamse buitendienst maakte een snelle groei door. In 1931 bestond zij uit twee consultatiebureaus en in de daarop volgende jaren groeide de staf tot tien personen: een leider, een psychiater, 4 verpleegkundigen, 2 administratieve krachten en 2 dienstmeisjes.[1103] Het aantal patiënten nam tussen 1926 en 1930 toe van zo'n 300 tot ruim 1.000 en dat laatste aantal was in 1937 bijna verdubbeld.[1104] Het aantal patiënten in Maasoord verminderde evenwel niet, maar de groei ervan liep wel terug omdat de gemiddelde verblijfsduur afnam en de doorstroming derhalve versnelde. Volgens Pameijer was de buitendienst niet alleen bedoeld om het aantal opnamen tot elke prijs terug te dringen: het ging zowel om tijdig ontslag als om tijdige opname. Hij meldde dat het gemiddelde aantal verpleegdagen in de periode 1923-1931 - dus ook al in de jaren voor het bestaan van de buitendienst - was gedaald, terwijl het aantal heropnamen in de jaren 1928-1931 was gestegen, een tendens die voor een groot deel een gevolg was van de activiteiten van de buitendienst.[1105]

Het Rotterdamse voorbeeld kreeg navolging van andere inrichtingen. Zo werden de vanuit de Leidse Gemeentelijke Gezondheidsdienst georganiseerde controlebezoeken aan mensen voor wie om gestichtsopname was gevraagd, met steun van Meijers Centrale Vereeniging en de gemeente Leiden in 1929 uitgebouwd tot een buitendienst van de inrichting Endegeest. De gestichtsarts H.C. Jelgersma, neef van de gelijknamige Leidse hoogleraar, nam hier het voortouw. Behalve voor- en nazorg ontwikkelde hij een vorm van acute psychiatrie ten einde opnamen te voorkomen. Financiële overwegingen speelden ook in Leiden een belangrijke rol, maar daarnaast wees Jelgersma erop dat een verblijf in een gesticht verre van heilzaam was en dat het voor patiënten die geen gevaarlijk gedrag vertoonden, vaak beter was dat ze in de maatschappij bleven. Daarom moesten artsen niet te gauw tegemoet komen aan de wens van familieleden, hoe begrijpelijk ook, om een krankzinnige, die geen gevaar voor de omgeving vormde, op te nemen.[1106] Kleine veranderingen in de leefomgeving van geesteszieken konden een positieve invloed op hun gedrag hebben. Geestesziekte was voor Jelgersma op zichzelf geen afdoende reden voor opname; pas als een psychose gepaard ging met gevaarlijk

---

[1102] Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930; Westhoff 1996, 34.
[1103] Pameyer 1932; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 85.
[1104] Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 679; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 142; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 86.
[1105] Pameyer 1932, 204-205.
[1106] Jelgersma 1931a.

gedrag of sociale overlast diende de noodzaak zich aan om de patiënt krankzinnig te verklaren en naar een gesticht over te brengen. Zijn aanpak leidde ertoe dat het aantal opnamen in Leiden licht daalde en vervolgens stabiliseerde. In 1933 werd er tevens een bureau ingericht voor de omstreken van Leiden.[1107]

Jelgersma benadrukte dat zijn in vergelijking met de Rotterdamse pendant kleine buitendienst eenvoudig van opzet en mede daarom goedkoop was. De Gemeentelijke Gezondheidsdienst zorgde voor huisvesting, de gemeente betaalde behalve de administratiekosten het salaris van een geneesheer in deeltijd, die een wekelijks spreekuur hield, en Endegeest stelde voor twee middagen in de week een verpleegkundige ter beschikking.[1108] Hoewel Jelgersma in het kader van de voor- en nazorg wel eens medicijnen voorschreef, moesten buitendiensten zich volgens hem onthouden van geneeskundige behandeling om concurrentie met en verzet van andere artsen te voorkomen - een kwestie die in verband met de voor- en nazorg regelmatig ter sprake zou komen.[1109] Verder vroeg Jelgersma aandacht voor de vraag of de buitendienstpsychiater, die voor dit werk voor een groot deel afhankelijk was van de medewerking van andere sociale instellingen, onder alle omstandigheden zijn beroepsgeheim moest bewaren. Hem was gebleken dat er wel eens werd 'geknoeid' met uitkeringen en bijstand. 'Het handhaven van ons beroepsgeheim mag echter nooit of te nimmer den indruk vestigen,' aldus Jelgersma, 'dat wij met de patiënten meeknoeien, want ook de maatschappelijke instellingen moeten onze adviezen geheel kunnen vertrouwen.'[1110] Overigens bepleitte Jelgersma een 'voorzichtige en bedachtzame werkzaamheid van een sociaal-psychiatrische dienst'. Een massale terugkeer van geesteszieken in de maatschappij achtte hij niet reëel en ook niet wenselijk.[1111]

2.4.2. *Uitbouw van de voor- en nazorg*

Omstreeks 1930, toen de economische crisis gemeentebesturen noodzaakte tot bezuiniging op de verpleegkosten van hun krankzinnige ingezetenen, beschikten behalve Het Apeldoornsche Bosch, Maasoord, Endegeest en Voorburg ook het gesticht te Franeker, de Willem Arntsz Stichting, Reinier van Arkel en Vrederust over buitendiensten, terwijl in Amsterdam, Den Haag en Haarlem onafhankelijke voor- en nazorgdiensten van respectievelijk de gemeente, de Vereeniging Dr. Schroeder van der Kolk en de Spaarnestichting bestonden.[1112] Begin jaren dertig kreeg de gemeentelijke voorziening in Amsterdam een nieuwe vorm onder leiding van A. Querido.

De stad Amsterdam kende relatief het hoogste - vijftien procent boven het landelijke gemiddelde - en snelst stijgende aantal gestichtsopnamen in Nederland. In 1926 stelde de gemeente een commissie in om te onderzoeken hoe de stijging van de verplegingskosten van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten een

---

[1107] Jelgersma 1931b; Jelgersma 1934; Vijselaar 1998c, 94-99.
[1108] Jelgersma 1930.
[1109] Ook H.C.M. Jansen benadrukte dat de consultatiebureaus van Voorburg geen geneeskundige behandeling, maar alleen adviezen boden. Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930; vergelijk Le Rütte 1934.
[1110] Jelgersma 1931a, 477.
[1111] Jelgersma 1931b, 4366.
[1112] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 52-56, 101-103, 138-143.

halt viel toe te roepen. De commissie, waarin naast de directeur van de GG en GD, Heijermans, de criminoloog Bonger en de psychiaters K.H. Bouman, Meijers en Van der Scheer zitting hadden, concludeerde dat een hoge frequentie aan psychische problematiek eigen was aan een grote stad als Amsterdam, dat deze bovendien beter en vroeger herkend werd dan elders en daardoor ook spoediger en vaker tot opname leidde. De oplossing zocht de commissie vooral in een vermindering van het aantal opnamen en een verkorting van de gestichtsverpleging. Hoewel de commissie lovend verwees naar de buitendienst van Maasoord, was dit voorbeeld niet helemaal geschikt voor de hoofdstad omdat in tegenstelling tot in Rotterdam de Amsterdamse patiënten over maar liefst 39 verschillende gestichten verspreid waren. Vandaar dat de commissie voorstelde om de GG en GD-afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken en Meijers' consultatiebureau om te vormen tot een voor- en nazorgdienst, die vooral gericht moest zijn op het voorkomen van opnamen. Terwijl Meijers voornamelijk aan opnamebemiddeling en nazorg deed, zou deze nieuwe dienst moeten beoordelen of mensen met psychiatrische stoornissen al dan niet verpleging in een inrichting behoefden en of er alternatieven waren.

Het gemeentebestuur nam het voorstel van de onderzoekscommissie over en in 1931 trad Querido, daarvoor als geneesheer verbonden aan de zwakzinnigenafdeling Voorgeest van het Leidse gesticht Endegeest, aan om de staf van Meijers' afdeling te versterken.[1113] Querido had weinig vertrouwen in het therapeutisch vermogen van de gestichtspsychiatrie. Zijn ervaring in Voorgeest had hem geleerd dat het gestichtsleven – volgens hem 'een wereld van absurditeit' - volledig geïsoleerd van de maatschappij voortkabbelde, dat de medische aandacht zich beperkte tot diagnose en classificatie en dat van therapie nauwelijks sprake was.[1114] 'Als je het bekeken, onderzocht en van een etiket voorzien had, dan was de zaak afgelopen.'[1115] In Leiden had hij echter ook gezien hoe H.C. Jelgersma voor- en nazorg voor patiënten buiten de inrichting van de grond had gekregen. Deze werkwijze inspireerde hem wel.

Het eerste wat Querido in zijn nieuwe functie deed was alle krankzinnigeninrichtingen bezoeken waarin Amsterdamse patiënten waren opgenomen. Hij stelde vast dat tien procent van hen met de nodige steun en begeleiding buiten het gesticht zou kunnen leven. In sommige gestichten stuitte Querido op wantrouwen van de directeuren, die bang waren dat ze hun beste patiënten, dat wil zeggen diegenen die allerlei werkzaamheden verrichtten, zouden verliezen. Ook van Meijers, die geen jongere medewerkers met nieuwe ideeën naast zich duldde, kreeg Querido aanvankelijk geen medewerking.[1116]

Pas nadat hij Meijers in 1934 als hoofd van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken - vanaf 1936 afdeling Geestelijke Hygiëne geheten - was opgevolgd, kon Querido met steun van Heijermans een nieuwe werkwijze ontwikkelen die hij als sociale psychiatrie aanduidde. Die omvatte verschillende activiteiten van psychiaters en verpleegkundigen omvatte: spreekuren, eerste opvang, huisbezoeken, crisisbestrijding, financiële ondersteuning, eventueel medicamenteuze behandeling, het zoeken naar alternatieven voor opname, opnamebeoordeling en zonodig bemiddeling bij opname als

---

[1113] Over Querido: Heerma van Voss 1980; Heerma van Voss 1991; Gersons 1981; Van Limbeek en Van Alem 1991; Derksen en Van 't Hof 1994; Israëls en Mooij 2001.
[1114] Querido 1980, 84-89, 111.
[1115] Heerma van Voss 1980, 34.
[1116] Querido 1971, 182; Querido 1980, 127-141.

die niet was te vermijden.[1117] Door psychiatrische patiënten thuis op te zoeken en de aandacht te richten op de sociale omstandigheden die bijdroegen aan het optreden van psychische stoornissen, trachtte hij (her)opnamen in gestichten en inrichtingen zoveel mogelijk te voorkomen en zo de gemeentekas te ontlasten - dat laatste werd, aldus Querido, 'door een driemaandelijkse grimmige brief van de Wethouder telkens weer onderstreept.'[1118] Ook de onderbrenging van patiënten in pleeggezinnen, verpleegtehuizen en 'parkherstellingsoorden' en hun tewerkstelling in werkinrichtingen voor zwakzinnigen alsmede de crisisinterventies, door Querido *psychiatrie d'urgence* genoemd en in de volksmond de rijdende psychiater geheten, dienden om het aantal opnamen terug te dringen.[1119]

Evenals H.C. Jelgersma was Querido van mening dat geestesziekte op zich geen reden was voor opname: dat was alleen nodig als iemand een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormde.[1120] Voor de sociaal-psychiater ging het om de vraag of geesteszieken ondanks hun stoornissen min of meer normaal konden leven en of de daarmee samenhangende sociale problemen te verhelpen waren. Die vraag was alleen te beantwoorden door de thuissituatie in het oordeel te betrekken.

> Een goedverzorgde baby of een miezerig en verwaarloosd kind, een rustige, dikke poes of een magere, nerveuze hond, de bloemen in de potten, de platen aan de wand, kunnen ons in tien seconden meer vertellen dan een technisch onderzoek van een uur in de kliniek. En de mensen in de omgeving van de patiënt, zijn naastbestaanden, vrienden en buren, zij tonen de gevoelsbetrekkingen […][1121]

Veel geesteszieken leden niet alleen onder hun psychische stoornissen, maar ondervonden ook moeilijkheden door hun leefomgeving: 'dan was je dus veel meer gefascineerd door de vraag: hoe zijn de betrekkingen, dan dat je dacht: wat hééft die vent', aldus Querido.[1122]

> Juist wanneer men ter plaatse den toestand ziet, krijgt men zoo'n geheel ander beeld dan wanneer men een patiënt, netjes in inrichtingskleedij en in een schoon bed, in cliniek of gesticht waarneemt. De geweldige reactie van de omgeving op de aanwezigheid van een krankzinnige, de angst, maar ook de agressieve tendenzen en de nieuwsgierigheid van de omstanders, en omgekeerd, de in hooge mate irriteerende invloed, die van de omgeving op den zieke uitgaat, en tot steeds grooter opwinding leidt, dit alles vormt een vicieusen cirkel, die zeer moeilijk te breken is.[1123]

De sociaal-psychiater kon al veel verbetering in de situatie brengen door de patiënt apart te nemen en hem of haar een luisterend oor te bieden en door de angst en afweer van de

---

[1117] Querido 1936; vergelijk Querido 1935 en Querido 1937.
[1118] Querido 1971, 183.
[1119] Querido 1935; Querido 1937; Querido 1971; Querido 1980, 140-155.
[1120] Querido 1935, 132.
[1121] Querido 1971, 187.
[1122] Heerma van Voss 1991, 735.
[1123] Querido 1935, 131.

omgeving te dempen. Van groot belang was, benadrukte Querido, dat gezin, familie en andere betrokkenen alsook de patiënt zelf leerden hoe ze geestesziekte in het dagelijkse leven konden beheersen.

> Vele vooroordeelen - en waarlijk niet alleen bij de familie - moeten worden bestreden. De 'angst voor den gek' remt de vrijen omgang natuurlijk zeer, belemmert allerlei rationeele maatregelen en brengt den patiënt in een uitzonderingspositie, die juist zo fataal is; omgekeerd moet de patiënt zoodanig worden opgevoed, dat zijn verschijnselen een minimum hinder aan anderen geven. Hij moet, indien eenigszins mogelijk, tot ziekte-inzicht worden gebracht en leeren met zijn ziekte om te gaan.[1124]

Volgens Querido was de sociaal-psychiater niet zozeer medicus als opvoeder wiens taak het was om een 'psychische invloed' op zowel de patiënt als de omgeving uit te oefenen, en zo 'den patiënt in zijn eigen omgeving weer opnieuw aan te passen'.[1125] Bijkomend voordeel was dat de 'leekenangst' voor krankzinnigheid doorbroken werd aangezien de sociaal-psychiatrische praktijk liet zien dat met geesteszieken redelijk viel om te gaan.[1126] Querido benadrukte dat de gevaarlijkheid van krankzinnigen schromelijk werd overdreven; als zij al agressief waren dan kwam dit vaker door de afwerende reactie van hun omgeving dan door hun ziekte.[1127] Weliswaar zag hij zich als rijdende psychiater regelmatig geconfronteerd met gewelddadig gedrag onder invloed van pathologische voorstellingen, 'affect-uitbarstingen', 'hallucinaties, absurde waandenkbeelden', zwaar alcoholmisbruik en zelfmoorddreigingen, maar dikwijls ging het gewoon om huiselijke twisten:

> heel vaak blijft er van de vermeende krankzinnigheid niet veel meer over dan een ruzie tusschen echtgenooten, waarbij de eene partij getracht heeft de andere te elimineeren door met een angstwekkend verhaal naar buren of politie te loopen. De voorbeelden daarvan zijn soms verbijsterend […][1128]

De Amsterdamse sociaalpsychiatrische dienst, waarbij in de tweede helft van de jaren dertig naast Querido zelf twee vaste psychiaters, drie maatschappelijk werksters en twee administratieve krachten werkzaam waren, was met de Rotterdamse voor- en nazorg-instelling in de jaren dertig de grootste organisatie op dit gebied in Nederland. K.H. Bouman bood zenuwartsen in opleiding de mogelijkheid om stage te lopen bij Querido's dienst. Het aantal ingeschreven patiënten groeide tussen 1934 en 1936 van een kleine 600 tot bijna 1.500 en de rijdende psychiater greep jaarlijks gemiddeld tussen 120 tot 150 keren in. In de jaren 1933-1940 nam de dienst 14.000 nieuwe patiënten in behandeling.[1129] Het ging om mensen met uiteenlopende, niet alleen psychiatrische

---

[1124] Querido 1937, 3973.
[1125] Querido 1936, 285; Querido 1935, 132.
[1126] Querido 1935, 134.
[1127] Querido 1949a, 271.
[1128] Querido 1935, 131-132.
[1129] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 84; Querido 1935, 124; Akkermans 2006, 47-48, 53. Elders beweert Querido dat de afdeling

moeilijkheden. Behalve met opnamebeoordeling en opnamebemiddeling ging de dienst zich steeds meer bezighouden met psychische klachten in combinatie met sociale problemen als armoede, werkloosheid, slechte huisvesting en overlast. De psychiaters konden er met medische verklaringen voor zorgen dat patiënten in aanmerking kwamen voor betere huisvesting, ontheffing van tewerkstelling of het stempelen voor een werkloosheidsuitkering.[1130]

Of de oorspronkelijke doelstelling van Querido's sociale psychiatrie, de vermindering van de kosten, werd bereikt, valt te betwijfelen.[1131] Het aantal in gestichten en inrichtingen verpleegde Amsterdammers daalde slechts licht, tussen 1933 en 1936 van 3.600 tot ruim 3.500. Tegelijkertijd groeide het aantal patiënten in gezinsverpleging in de jaren 1935 en 1936 van ongeveer 270 tot bijna 480.[1132] Vanuit de gemeenteraad werd erop gewezen dat juist de effectiviteit van Querido's aanpak nieuwe kosten met zich meebracht, omdat deze de drempel om bij geestesstoornissen hulp in te roepen verlaagde, waardoor tot dan toe verborgen gevallen aan het licht kwamen en de zorg zich uitbreidde.[1133] Querido wees zelf ook op dit onvoorziene gevolg van zijn activiteiten. De lichte daling van het aantal gestichtspatiënten was volgens hem niet te wijten aan een vermindering van het aantal opnamen, maar aan een verkorting van de gemiddelde verpleegduur – een ontwikkeling waarop Pameijer ook al had gewezen. Het resultaat was, aldus Querido, 'dat méér patiënten, dan vroeger mogelijk was, een behandeling deelachtig kunnen worden, zonder dat de kosten stijgen.'[1134] Bovendien waren aan sociaal-psychiatrische zorg ook kosten verbonden. Querido schatte dat deze per patiënt niet veel minder waren dan de kosten van gestichtsverpleging.[1135] Met een goede neus voor *public relations* wist hij zijn aanpak echter als een groot succes aan de man te brengen, de steun van het gemeentebestuur te behouden en zich op te werpen als de pionier van de sociale psychiatrie in Nederland. In feite was zijn aanpak niet nieuw: psychiaters als Meijers, Pameijer en H.C. Jelgersma en ook enkele BLO-nazorgwerkers, zoals de onderwijzer De Boer, waren hem voorgegaan en hadden de weg gewezen.

Naast de stedelijke voorzieningen in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Leiden en Haarlem beschikten in het midden van de jaren dertig vijftien inrichtingen over buiten- of nazorgdiensten in de vorm van consultatiebureaus of regelmatige spreekuren door psychiaters en huisbezoeken door verpleegkundigen in de gemeenten of provincies waaruit het merendeel van hun patiënten afkomstig was; dergelijke hulpverlening, bedoeld om geesteszieken maatschappelijke opvang en begeleiding te bieden, werd op 38 locaties verleend.[1136] Vijf inrichtingen beschikten slechts over een geïmproviseerde

---

Geestelijke Hygiëne in 1936 tussen de 25 en 30 medewerkers telde, waarvan 5 á 6 psychiaters, 12 tot 14 maatschappelijk werkenden en de rest administratief personeel. Zie Querido 1980, 155. Volgens Akkermans (2006, 55) bedroeg het aantal crisisinterventies per jaar gemiddeld 600.

[1130] Akkermans 2006, 130, 161; vergelijk Akkermans 1998 en Akkermans 2001.

[1131] Israëls en Mooij 2001, 128.

[1132] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 82.

[1133] Bakker en Van der Velden 2004a, 53.

[1134] Querido 1937, 3974-3975; Querido 1980, 156-157; vergelijk Heerma van Voss 1991, 746.

[1135] Querido 1980, 157.

[1136] Vanaf 1937 konden gediplomeerde A- en B- en wijkverpleegkundigen een door de NVPN ingestelde gespecialiseerde B-nazorg opleiding volgen. Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

nazorg en twaalf hadden niets op dit terrein te bieden.[1137] Als we niet direct aan de inrichtingen verbonden voorzieningen meetellen, zoals de consultatiebureaus van de Centrale Vereeniging, dan ging het in totaal om tegen de vijftig spreekuuradressen die voor- en/of nazorg boden. De meeste van deze instellingen waren kleinschalig en hadden niet meer dan enkele honderden patiënten.[1138]

Vanwege de huisbezoeken was deze zorg vooral op het platteland door de afstanden zeer tijdrovend. Zo meldden de inspecteurs van het Staatstoezicht over de voor- en nazorgdienst van het gesticht te Franeker dat het ondoenlijk was om de meestal maandelijkse en onaangekondigde huisbezoeken met de fiets of de trein af te leggen en dat daarom een auto werd gehuurd, maar dat desondanks de bereikbaarheid van de patiënten vaak moeilijkheden opleverde. 'Veel patiënten wonen een eind weegs van den hoofdweg en kunnen bovendien slechts aangetroffen worden bij hunne werkzaamheden ver in 't land. […] Vooral bij ongunstige weersgesteldheid biedt de Friesche bodem ernstige verkeersmoeilijkheden.'[1139] Vooral het geringe aantal voorzorg-patiënten was deels ook te wijten aan het feit dat het grote publiek niet op de hoogte was van het bestaan van deze voorzieningen of niet met de psychiatrie geassocieerd wilde worden. Enkele diensten probeerden door middel van lezingen en circulaires grotere bekendheid aan hun werkzaamheden te geven, zowel onder potentiële verwijzers als onder de bevolking. Sommige vrijgevestigde zenuwartsen, op wier medewerking werd gehoopt, stelden zich echter terughoudend op omdat zij concurrentie vreesden.[1140]

Er was nog een andere reden dat niet alle buitendiensten van de gestichten en inrichtingen even effectief konden functioneren: de verzuiling. In tegenstelling tot Het Apeldoornsche Bosch, Maasoord en Endegeest, die voornamelijk patiënten uit respectievelijk Amsterdam, Rotterdam en Leiden en omgeving opnamen en zo een voornamelijk regionale functie vervulden, bedienden veel andere instellingen op basis van hun levensbeschouwelijke signatuur bevolkingsgroepen die uit het hele land afkomstig waren. Vanwege die spreiding en de grote afstand tussen woonplaats en inrichting was een intensieve nazorg moeilijk en voorzorg vrijwel onmogelijk te realiseren.[1141] Een effectieve voor- en nazorg vereiste een organisatie per gemeente of regio en daarom lag het voor de hand om deze onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen op gemeentelijke of provinciale basis in te richten, wat in de tweede helft van de jaren dertig ook in toenemende mate gebeurde. Met direct door de gemeente gefinancierde en bij de GG en GD ondergebrachte diensten volgden Leiden, Den Haag en Haarlem in de tweede helft van de jaren dertig het Amsterdamse voorbeeld.[1142] In Noord-Brabant, Zuid-Holland, Overijssel, Gelderland en Limburg ontplooiden de Groene (algemene) en Wit-Gele (katholieke) kruisverenigingen activiteiten op dit terrein, waarbij

---

[1137] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 67-74. Volgens Van der Grinten (1990, 66-67) beschikte aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog meer dan de helft van de 41 inrichtingen over buitendiensten.

[1138] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 52-56, 101-103, 138-143; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 39-41, 63-65; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 79-95.

[1139] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 54.

[1140] Bakker en De Boer 2002a, 190; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 63; vergelijk Frank 1936.

[1141] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 18.

[1142] Speyer 1961; Van der Grinten 1987a, 53; Frets 1987, 56-82; Kerkhoff 1994, 51-53.

ze hun wijkverpleegsters konden inzetten. Zij ontvingen subsidie van de provinciebesturen, die daarmee, evenals de grote gemeenten, hun bijdragen aan de verpleegkosten in de inrichtingen trachtten te drukken. In Noord-Holland kwam in 1939, wat later dan in de voornoemde provincies, op basis van samenwerking tussen de gemeenten, de kruisverenigingen en de Inspecteur voor Volksgezondheid een variant op dit model tot stand: de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland, die de voor- en nazorg verzorgde voor alle gezindten in de provincie buiten Amsterdam en Haarlem. Het provinciebestuur was hierbij niet betrokken, omdat het zelf drie inrichtingen exploiteerde en de sociaal-psychiatrische hulpverlening als concurrentie zag.[1143] In Utrecht, Drenthe en Groningen bestonden aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog vergevorderde plannen om provinciale voor- en nazorgdiensten op te zetten.[1144]

De voorzieningen die min of meer onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen opereerden - er bleven wel personele banden bestaan, aangezien veel voor-en nazorg-psychiaters voor het grootste deel van hun werktijd als gestichtsarts werkzaam waren - oriënteerden zich in toenemende mate op het nieuwe terrein van de geestelijke volksgezondheid of geestelijke hygiëne, dat niet tot het krankzinnigenwezen maar tot het gebied van de volksgezondheid werd gerekend.[1145] Een en ander leidde soms tot spanningen en conflicten. Toen de katholieke psychiater Kortenhorst in Noord-Brabant de psychiatrische voor- en nazorg wilde onderbrengen bij de daar opgerichte consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid, stuitte hij op verzet van de vertegenwoordigers van de katholieke inrichtingspsychiatrie - waaronder zijn eigen werkgever, het gesticht Voorburg - die deze in eigen hand wilden houden.[1146] Ook tussen de inrichtingen en de gemeenten bestond op het gebied van de voor- en nazorg een zekere spanning. Veel gemeenten gaven de voorkeur aan een zelfstandige voor- en nazorgdienst omdat een buitendienst van een inrichting patiënten mogelijk eerder zou laten opnemen.[1147]

De Inspectie trachtte, naar eigen zeggen, de voor- en nazorg te bevorderen. Als hoofddoel gold, aldus de Inspectie, 'het brengen van verbetering in hun lot o.m. door deze lijders bij hunne sociale moeilijkheden de behulpzame hand te bieden en hun pad te effenen'. Daarnaast wezen de inspecteurs op de mogelijkheid om zo op de verplegingskosten te besparen. Tegelijkertijd betwijfelden zij of de voor- en nazorg daadwerkelijk tot een kostendaling had geleid.[1148] Pragmatische overwegingen, met name het streven naar bezuinigingen, vormden weliswaar de belangrijkste stimulans voor het ontstaan van de sociaal-psychiatrische hulpverlening als min of meer zelfstandig werkgebied, maar dit werd mede mogelijk gemaakt door veranderde opvattingen over krankzinnigheid.[1149] Voor de Eerste Wereldoorlog was de kloof tussen de gestichtszorg en de maatschappij vrij groot, ook al relativeerden sommige psychiaters het onderscheid tussen geestesziekte en zenuwstoornissen. Voor zover er nazorg bestond was die

---

[1143] Bakker en De Boer 2002a, 172-181.
[1144] Spits 1992.
[1145] Van der Grinten 1987b, 42-43.
[1146] Van der Grinten 1987a, 97; Westhoff 1996, 56-69; De Goei 2001, 118-122; Bakker en De Boer 2002a, 176.
[1147] Esser 1970, 23.
[1148] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 19, 77-78.
[1149] Querido 1936, 285; De Boer et al. 1984.

aanvankelijk niet meer dan een vorm van sociale hulpverlening op filantropische grondslag voor herstelde en ontslagen patiënten. De voor- en nazorg kon pas goed tot ontwikkeling komen toen de dichotomie tussen normaal en geestesziek verder werd gerelativeerd en het gesticht, zoals we eerder zagen, een minder gesloten karakter kreeg. De wijzigingen van de Krankzinnigenwet in 1916 maakten het mogelijk dat krankzinnigen en zenuwpatiënten ook zonder rechterlijke machtiging, uitsluitend op basis van medische overwegingen, in een aangewezen inrichting of in een aangewezen (open) afdeling van een psychiatrische inrichting konden worden opgenomen en behandeld.

Ook nieuwe wijzen van bejegening en behandeling van geesteszieken werkten de sociaalpsychiatrische werkwijze in de hand. Onder invloed van de psychoanalyse en de fenomenologie kwam er meer belangstelling voor de subjectieve beleving van geestesziekte en in de jaren dertig groeide in de psychiatrie de aandacht voor het gezin en het sociale milieu, niet alleen als ziekmakende factoren maar ook als 'therapeutische omgeving', een functie die voorheen voornamelijk aan de inrichting was voorbehouden.[1150] Vooral de invoering van de actievere therapie sterkte het vertrouwen in de mogelijkheid om patiënten (deels) verantwoordelijkheid bij te brengen voor hun gedrag. Deze overwegend sociaalpedagogische benadering bood perspectief om hen ook buiten de inrichting door middel van werkverschaffing in sociale werkplaatsen te begeleiden. Voor zowel Pameijer als Querido vormden de positieve effecten van de arbeidstherapie het bewijs dat de omgeving van grote invloed was op het gedrag en het welbevinden van geesteszieken en dat zij met de nodige opvoedkundige sturing tot sociale aanpassing in staat waren. 'De resultaten van die arbeidstherapie heb ik in Santpoort, Den Dolder en later ook op andere plaatsen gezien', aldus Querido. 'Ik wíst dus dat die mensen anders hadden kunnen zijn. Dat heeft mij voor het eerst het idee gegeven dat, ook bij de symptomatologie, de omgeving zo'n grote rol speelt.'[1151] Volgens Querido moest het niet zozeer gaan om de vraag welke ziekte de patiënt had als wel wat hij of zij ermee deed.

> Het gedrag van de patiënt was niet star en ontoegankelijk voor beïnvloeding: integendeel, het was in hoge mate plastisch, vervormbaar. […] Deze overtuiging, gegroeid uit de ervaringen die opgedaan werden bij de toepassing van de beginselen van de actieve therapie in de inrichtingen, bracht mij tot de conclusie, dat het bestaan van een geestelijke stoornis op zichzelf niet voldoende was om gestichtsverpleging te rechtvaardigen.[1152]

Aangezien psychiaters zich in de voor- en nazorg niet alleen met geestes- en zenuwzieken, maar ook met 'maatschappelijk ongeschikten', onder wie zwakzinnige kinderen en volwassenen, geconfronteerd zagen, overlapte hun werk met de nazorg van het Buitengewoon Lager Onderwijs (BLO), die vanaf omstreeks 1910 tot ontwikkeling was gekomen.[1153] De instelling van het BLO was grotendeels een gevolg van de leerplichtwet (1901) en de invoering van de zesjarige leerplicht en het

---

[1150] De Boer et al. 1984, 81.
[1151] Heerma van Voss 1991, 735; vergelijk Querido 1936/1970, 26; Querido 1949a, 267; Querido 1980, 102, 167; Pameyer 1932, 209-211; Beyerman 1928a; Beyerman 1928b.
[1152] Querido 1971, 186.
[1153] Brants 2004.

leerstofjaarklassensysteem. Aangezien 'achterlijke' kinderen de voortgang van het reguliere onderwijs hinderden, werden ze meer en meer verwezen naar aparte scholen. In 1904 publiceerde de onderwijzer J. Klootsema *Misdeelde kinderen: inleiding tot de paedagogische pathologie en therapie*, waarin hij beschreef hoe achterlijke, idiote, misdadige, verwaarloosde, doofstomme, blinde en epileptische kinderen waren te herkennen en welke behandeling voor hen geëigend was. Vanaf het begin waren bij het BLO-onderwijs artsen betrokken om vast te stellen welke leerlingen zwakzinnig waren, waarbij zij vanaf de eeuwwisseling verschillende graden van geestelijke achterlijkheid onderscheidden: idiotie (zwaar), imbeciliteit (middelzwaar) en debiliteit (licht). In 1903 kwam de Vereeniging van Onderwijzers en Artsen werkzaam aan inrichtingen voor onderwijs aan achterlijke en zenuwzwakke kinderen tot stand. Tien jaar later begon D. Herderschêe, schoolarts bij het Amsterdamse BLO, de Binet-Simon intelligentietest als diagnostisch instrument te gebruiken.

Nadat in 1910 vanuit de psychiatrie en de residentiële zwakzinnigenzorg de Centrale Vereeniging ter Behartiging van de Belangen van Zwakzinnigen was opgericht, ontstonden in verschillende plaatsen particuliere initiatieven om zwakzinnigen na het verlaten van de school onder toezicht te stellen en hen te begeleiden door middel van avondonderwijs, vrijetijdsbesteding en hulp bij het vinden van werk, opdat zij niet ontspoorden en de maatschappij tot last werden. Voor zwakzinnigen die niet op de reguliere arbeidsmarkt terecht konden, kwamen er vanaf 1919 speciale werkinrichtingen.[1154] De BLO-nazorg in Amsterdam en Haarlem, die begin jaren twintig onder regie van de gemeentebesturen werd geprofessionaliseerd door het werk in handen te geven van pedagogisch geschoolden, vervulde een voorhoederol. Behalve in Amsterdam en Haarlem ontstonden in de loop van de jaren twintig en dertig ook professionele nazorgvoorzieningen in een twintigtal andere steden.[1155] De BLO-nazorgdiensten werden gefinancierd met gemeentelijke en provinciale subsidies, particuliere fondsen en giften en de verkoop van producten uit de werkinrichtingen. In regio's zonder deze voorzieningen, kwamen zwakzinnige kinderen ook wel terecht bij de psychiatrische voor- en nazorg.[1156] Daarnaast ontstonden in het kader van consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid voorzieningen op provinciaal niveau, waarbij de kruisverenigingen een belangrijke rol speelden.

De BLO-nazorg werkers, die zich begin jaren dertig landelijk organiseerden in de Nederlandsche Vereeniging Nazorg Buitengewoon Onderwijs, legden nadruk op hun pedagogische deskundigheid en daarmee onderstreepten zij de eigenheid van hun werk tegenover zowel de institutionele zwakzinnigenzorg als de psychiatrie, waarvan het werkgebied zich deels ook tot zwakzinnigen uitstrekte. Er kwamen samenwerkingsverbanden tot stand tussen de BLO-nazorg en de sociaalpsychiatrische hulpverlening, bijvoorbeeld bij het opzetten van speciale werkinrichtingen, die niet alleen zwakzinnigen maar ook psychiatrische patiënten toelieten, waardoor de BLO-nazorg enige invloed uitoefende op de psychiatrische voor- en nazorg. Tegelijkertijd

---

[1154] In de *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland* is sprake van 33 instellingen in 30 steden die werk boden aan 545 mensen. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 114, 160-161.

[1155] Brants 2004, 35-37.

[1156] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 102; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 64.

distantieerden BLO-nazorgwerkers zich van de psychiatrie. Zij vonden dat de psychiaters zich te dominant opstelden: zwakzinnigheid vereiste eerder pedagogische dan medische expertise.[1157]

Ook namen de BLO-nazorgwerkers stelling tegen de in hun ogen te pessimistische psychiatrische visie op zwakzinnigheid. Vooral in de jaren dertig wezen sommige psychiaters, mede onder invloed van eugenetische denkbeelden, op de vermeende aanleg van zwakzinnigen tot onmaatschappelijkheid, psychopathie en criminaliteit. De BLO-nazorgwerkers brachten daar tegenin dat de slechte neigingen van zwakzinnigen onder de juiste sociale omstandigheden en met de nodige leiding en toezicht waren te beheersen. Hun werk zou nu juist aantonen dat de meeste zwakzinnigen redelijk in de samenleving konden functioneren. De fricties kwamen duidelijk aan het licht op een gezamenlijke vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen over de nazorg, waarop de inspecteur van het BLO-onderwijs, A. van Voorthuijsen, pleitte voor zelfstandigheid van de nazorg voor zwakzinnigen ten opzichte van die voor krankzinnigen, omdat opvoeding en onderwijs voor de eerste groep van primair belang was. Zijn toehoorders, merendeels zenuwartsen, reageerden overwegend afwijzend en betreurden de 'anti-psychiatrische tendenzen' die zij in de BLO-nazorg onder leiding van 'niet-psychiatrisch geschoolde kringen van paedagogen en philantropen' bespeurden: er zou juist een nauwere band tussen de twee terreinen moeten worden gesmeed. Alleen Cox meende dat psychiaters de fricties ook aan zichzelf hadden te wijten: door hun eenzijdige aandacht voor hersenanatomie en hersenfysiologie ontbrak het velen aan 'mensenkennis' en aan bereidheid naar psychisch abnormale mensen te luisteren.[1158]

Mede vanwege hun aandacht voor de relatie tussen leefomstandigheden en psychische stoornissen beperkten enkele sociaal-psychiaters, met name Querido en P. Bierens de Haan, hun bemoeienis niet alleen tot geesteszieken en zwakzinnigen. Zij gingen ook mensen die in de jaren twintig te boek kwamen te staan als 'ontoelaatbaar' en 'onmaatschappelijk' tot hun competentiegebied rekenen. Deze probleemgroep was aanvankelijk vooral de doelgroep van woningopzichteressen en maatschappelijk werkers, die door woningbouwcorporaties en gemeenten waren aangesteld om toezicht uit te oefenen op huurders en wier werkzaamheden met de Woningwet (1901) en de Gezondheidswet (1901) een belangrijke impuls kregen. Deze wetten gaven de aanzet tot krotopruiming, grootschalige woningverbetering en nieuwbouw, overheidssteun voor sociale woningbouw, planmatige stadsuitbreidingen en openbare hygiëne. Vooral vanaf 1918 kwam de sociale woningbouw van de grond. Gemeentebesturen kregen meer bemoeienis met de huisvesting van hun minvermogende burgers en woningbouwverenigingen gingen controle uitoefenen op het woongedrag van hun huurders.

Naarmate de meerderheid van de arbeidersbevolking zich een ordelijke levenswijze eigen maakte en het burgerlijk huiselijkheidsideaal omarmde, liep 'onbeschaafd' woongedrag, zoals verwaarlozing en vervuiling van de woning, overlast voor de naaste omgeving en huurschulden, des te meer in het oog en werd het in toenemende mate als storend ervaren. Gemeentebesturen, woningbouwverenigingen en maatschappelijk werkers identificeerden in dit verband een probleemgroep, de

[1157] Brants 2004, 77-78, 123-125, 143-146.
[1158] Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 675, 677.

zogenoemde 'ontoelaatbare' gezinnen, een term die voor het eerst viel in 1915 in een adviesrapport aan het Amsterdamse gemeentebestuur. In Amsterdam, Utrecht en Den Haag kwamen in de jaren twintig aparte wooncomplexen tot stand waar deze gezinnen onder toezicht ordelijk woongedrag moesten aanleren. In andere steden kregen dergelijke maatregelen op kleinere schaal navolging.[1159] Vooral sociaal-democraten, zoals de Amsterdamse directeur van de Gemeentelijke Woningdienst, A. Keppler, de SDAP-wethouders F.M. Wibaut en S.R. de Miranda, de criminoloog Bonger en gemeentebestuurders in Utrecht, Leeuwarden, Arnhem en Den Haag, vormden de drijvende kracht achter dergelijke maatregelen. Sociaal-democraten vertegenwoordigden vooral de belangen van het meer welvarende en ontwikkelde deel van de arbeidersklasse, waaronder de tolerantie ten aanzien van overlast, burengerucht, straatruzies en onfatsoenlijk gedrag afnam, en ze hadden veel vertrouwen in volksopvoeding als middel om ook de ordeloze achterblijvers tot nette en verantwoordelijke burgers te vormen.[1160]

Artsen brachten in de jaren dertig naar voren dat niet alleen het woongedrag van deze groep een probleem vormde: de achterliggende oorzaken ervan dienden te worden aangepakt en dat vereiste meeromvattende maatregelen. Al gauw vielen kwalificaties als 'achterlijk', 'abnormaal' en 'psychopathie' te beluisteren. De term 'onmaatschappelijk', die verwees naar persoonlijke eigenschappen, verving de aanduiding 'ontoelaatbaar', die betrekking had op hinderlijk gedrag.[1161] Psychiaters betoogden dat het een en ander samenhing met armoede, werkloosheid en gebrek aan scholing en dat deze symptomen waren van individuele tekortkomingen, van geestelijke onvolwaardigheid en psychopathie.[1162] Zo stelde de Utrechtse zenuwarts Bierens de Haan in een advies aan het bestuur van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid dat het bij onmaatschappelijkheid niet om slechtheid maar om ziekte ging: hij sprak van 'psychisch invalieden' met een 'abnorme [sic] psychische konstitutie', die heropvoeding nodig hadden.[1163] Waar Bierens de Haan en andere artsen de nadruk legden op de slechte levensomstandigheden waaronder sommige families al generaties lang gebukt gingen, wezen anderen op de doorslaggevende rol van aanleg en erfelijkheid. Het denken over deze problematiek werd deels geïnspireerd door de eugenetica, maar over het algemeen kreeg de invloed van het milieu toch meer nadruk, vooral als het ging om concrete maatregelen ter bestrijding van de onmaatschappelijkheid.

Querido, die begin jaren dertig onderzoek verrichtte naar de zogenoemde asociale gezinnen die het Amsterdamse gemeentebestuur in een aparte wijk aan de rand van de stad, het Zeeburgerdorp, had geplaatst, beweerde dat de geestelijke afwijkingen die hij daar aantrof voornamelijk waren ontstaan onder invloed van slechte leefomstandigheden: langdurige armoede, ondervoeding, verwaarlozing en vervuiling. Alleen de zeer ernstige vormen van onmaatschappelijkheid, waarbij sprake zou zijn van lichamelijke en geestelijke degeneratie, waren niet meer met sociale en pedagogische maatregelen te verhelpen. Querido nam afstand van eugenetische maatregelen, die andere artsen voorstelden, maar in zijn sociaalpsychiatrische benadering gold onmaatschappelijkheid

[1159] De Regt 1984; Dercksen en Verplanke 1987; Van Wel 1988.
[1160] De Regt 1984, 213-215, 238.
[1161] De Regt 1984, 211-212.
[1162] Van Wel 1988, 54.
[1163] Dercksen en Verplanke 1987, 52-53.

wel als een ziekteverschijnsel. Hij sprak van een 'vervalpsychose'.[1164] Als de psychische gesteldheid van de gezinsleden en hun onderlinge verhoudingen al niet gestoord waren, zo zette hij in 1937 op een congres van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid uiteen, dan was dat wel het geval met de relatie tussen het gezin en de rest van de samenleving. Aparte woonbuurten in de steden boden geen afdoende remedie. Querido stelde voor het onmaatschappelijke gezin, 'dit zieke gezin, deze zieke eenheid, als een geesteszieke patiënt, te isoleeren', waarbij arbeid een centrale plaats in de behandeling zou moeten innemen en hij dwang niet uitsloot.[1165] Een opmerkelijk voorstel, want het behelsde het tegengestelde van wat Querido met zijn sociaal-psychiatrische praktijk voorstond, namelijk zoveel mogelijk krankzinnigen en andere geestelijk onvolwaardigen niet uit de maatschappij verwijderen, maar in hun sociale milieu handhaven. Het congres waar Querido zijn ideeën over de aanpak van onmaatschappelijkheid ontvouwde, gaf de aanzet tot de eerste landelijke enquête naar onmaatschappelijke gezinnen en in het rapport dat naar aanleiding daarvan in 1941 verscheen, klonken zijn aanbevelingen duidelijk door.[1166] Tijdens en na de Tweede Wereldoorlog zouden deze grotendeels worden gerealiseerd.

[1164] De Regt 1984, 211.
[1165] Dercksen en Verplanke 1987, 66.
[1166] Van Wel 1988, 57.

2.5. Geestelijke volksgezondheid

2.5.1. *De psychohygiënische beweging*

In het vorige hoofdstuk over de voor- en nazorg is naar voren gekomen dat sommige psychiaters, zoals Querido, hiervoor ook de term sociale psychiatrie gingen gebruiken. Dit begrip, dat psychiaters vanaf het eind van de jaren twintig in de mond namen, verwees ook naar een meer algemene benadering waarin het ging om de maatschappelijke omstandigheden die van invloed waren op het vóórkomen, de beleving en de behandeling van geestesstoornissen.[1167] Zo vatte Meijers wat hij 'de verzorging der geesteszieken in de vrije maatschappij' noemde breder op dan de voor- en nazorg voor gestichtspatiënten:

> bedacht moet worden dat een groot deel van het 'geestelijk abnormale menschelijke materiaal' buiten het bereik van het gesticht blijft. […] de gestichtsmaatschappij verschilt nog altijd te veel van de vrije maatschappij, de ervaring die de geneeskundige met zijn zieken binnen het gesticht opdoet is zoo geheel anders dan die welke de psychiater daarbuiten leert kennen, dat zij elkaar maar niet zoo vervangen kunnen.

Hij verwees in dit verband naar 'de alkoholismebestrijding, de bestrijding der venerische ziekten en niet in [sic] het minst de psychologisch-paedogogische opvoeding van de geestelijk onevenwichtige jeugd.'[1168]

In de bredere betekenis werden ook de actievere therapie in de inrichtingen en het epidemiologische onderzoek naar het vóórkomen van krankzinnigheid als sociale psychiatrie aangemerkt; G. Kraus betitelde zijn eerder aangehaalde epidemiologische onderzoek naar krankzinnigheid in Nederland als 'een sociaal-psychiatrische studie'.[1169] Verder werd sociale psychiatrie in verband gebracht met 'geestelijke volksgezondheid' en 'psychische hygiëne', begrippen die sinds het midden van de jaren twintig in zwang waren en betrekking hadden op een nog breder werkveld. K.H. Bouman rekende naast de voor- en nazorg van krankzinnigen ook geslachtsziektenbestrijding, seksuele voorlichting, de strijd tegen prostitutie, misdaad en alcoholisme, onderwijs voor zwakzinnigen, werkinrichtingen voor maatschappelijk ongeschikten, pedagogische zorg voor moeilijk opvoedbare kinderen en het terrein dat de kinderpolitie, kinderrechter en zedenpolitie bestreken, tot het werkveld van de sociale psychiatrie. In feite stelde hij deze op één lijn met geestelijke volksgezondheid of psychische hygiëne, het nieuwe werkveld waarvoor Bouman zich sterk maakte.[1170]

De grondslag voor de Nederlandse psychohygiënische beweging werd gelegd in 1924, toen op initiatief van Bouman te Amsterdam een bijeenkomst plaatsvond ter oprichting van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (Vereeniging voor Psychische Hygiëne, NVGV). Behalve zenuwartsen

---

[1167] Meijers 1928; Beyerman 1929; Bouman 1929; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930, 400; Querido 1936.
[1168] Meijers 1928, 14-15.
[1169] Querido 1936; Kraus 1933.
[1170] Bouman 1929, 147; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930, 400; vergelijk Van der Scheer 1934, 4.

en andere medici woonden onderwijzers, pedagogen, sociologen, psychologen, criminologen, juristen en maatschappelijk werkers deze vergadering bij. Naast Bouman maakten Meijers, Van der Scheer en Cox, de arts en biologe M.A. van Herwerden en de vooraanstaande schoolartsen A. van Voorthuijsen en M. van der Hoeven deel uit van het oprichtingscomité.[1171] Hun beginselverklaring behelsde een oproep tot een gemeenschappelijke inspanning van psychiaters en andere beroepsgroepen om psychische afwijkingen en verergering van reeds bestaande stoornissen zoveel mogelijk te voorkomen. Bezorgdheid over het aantal geestes- en zenuwzieken en maatschappelijk onaangepasten, dat onder invloed van de snel veranderende samenleving sterk zou toenemen, vormde de beweegreden. De bestaande krankzinnigenzorg zou onvoldoende zijn toegerust om deze alarmerende groei het hoofd te bieden: de capaciteit van de gestichten en hun therapeutische mogelijkheden waren beperkt, ze zaten vol met chronische patiënten en ze kampten met oplopende verplegingskosten. Naast het gesticht moesten er andere vormen van opvang komen ten einde behandelbare en onbehandelbare patiënten duidelijker van elkaar te scheiden en de doorstroom te vergroten. Bovenal waren maatregelen nodig om in beginsel gezonde mensen met lichte psychische aandoeningen te behandelen ter voorkoming van zwaardere stoornissen. Verder ging de aandacht in het bijzonder uit naar jeugdige criminelen en verwaarloosde en achterlijke kinderen, wier aantal als gevolg van verslappende opvoedingsnormen en de verlokkingen van de moderne maatschappij zou zijn toegenomen.

Met de beginselverklaring van de NVGV was het nieuwe gebied van de geestelijke volksgezondheid breed gedefinieerd. Het omvatte de problemen van zowel 'geestelijk abnormalen' als 'geestelijk normalen' en het arbeidsveld strekte zich uit tot huwelijk en gezin, seksualiteit, voortplanting en geslachtsziektenbestrijding, opvoeding, onderwijs, beroepskeuze, arbeid, vrijetijdsbesteding, alcoholisme, criminaliteit, de zwakzinnigenzorg en justitiële psychopatenzorg.[1172] 'Niet langer binnen de grenzen van een klinische wetenschap,' zo schreef Bouman begin jaren dertig in het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 'maar op het zoo zéér veel ruimere veld van socialen arbeid, speelt zich voor de naaste toekomst de dagtaak van den psychiater af.'[1173] In de door de NVGV uitgegeven *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid* (1936) was te lezen dat de grenzen van de psychische hygiëne moeilijk waren te trekken en dat haar arbeidsveld onbegrensd was.[1174] In deze gids was informatie te vinden over zorgvoorzieningen voor krankzinnigen (gestichten, psychiatrische inrichtingen, voor- en nazorgdiensten en arbeidsinrichtingen), zwakzinnigen (het BLO, BLO-nazorg, pedologische instituten, werkinrichtingen, gezondheidskolonies, gestichten en inrichtingen), zenuwlijders en alcoholisten (sanatoria en consultatiebureaus), epileptici (verpleeginrichtingen, poliklinieken en consultatiebureaus), psychopaten (scholen, internaten, consultatiebureaus en asielen) en slechthorenden, doofstommen en blinden (speciale scholen, internaten en werkinrichtingen) alsmede over de preventie van geestelijke afwijkingen en de daarmee gepaard gaande 'maatschappelijke onvolwaardigheid'.[1175]

[1171] De Goei 2001, 15-19.
[1172] Van der Grinten 1987a, 76-77; De Goei 2001, 17-19.
[1173] Bouman 1932, 175.
[1174] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 5, 11.
[1175] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 7

In hun pleitrede voor geestelijke hygiëne op wetenschappelijke grondslag verwezen Bouman en zijn medestanders naar de succesvolle bestrijding van besmettelijke ziekten door de hygiënistische beweging in de somatische geneeskunde.[1176] Met hun preventiestreven zochten ze ook aansluiting bij de eugenetica. Van Herwerden was hiervan een bekend voorvechtster en ook Bouman, Van der Scheer en J. van der Spek, de pleitbezorger van de psychohygiëne in hervormde kring, droegen deze een warm hart toe.[1177] De vrees bestond dat de toegenomen sociale bewogenheid en de verbeterde medische zorg, waardoor de kindersterfte was teruggedrongen en zieke en gebrekkige mensen langer leefden en zich konden voortplanten, de lichamelijke en geestelijke conditie van de bevolking sluipenderwijs ondermijnden: de zegeningen van de moderne beschaving zouden een zogenaamde contraselectie met zich meebrengen. De erfelijkheidsleer en daarop gebaseerde interventies in het voortplantingsgedrag en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk daarentegen boden uitzicht op de voorkóming van niet alleen lichamelijke gebreken, maar ook van geestelijke 'onvolwaardigheid'.[1178] Een alliantie tussen psychohygiënisten en eugenetici lag des te meer voor de hand omdat de aandacht in het erfelijkheidsonderzoek, dat zich aanvankelijk in het bijzonder richtte op geslachtsziekten, tuberculose en alcoholisme, zich in toenemende mate toespitste op psychische defecten en sociale afwijkingen, aangezien lichamelijke gebreken als gevolg van de verbeterde medische zorg en hygiëne minder frequent voorkwamen. Naast de sociale geneeskunde en de eugenetica vormde een nieuwe tak van de opvoedkunde, de orthopedagogiek, het derde aanknopingspunt voor de nieuwe beweging.[1179] Deze discipline, waarvoor de invoering van de leerplichtwet en de kinderwetten een belangrijke impuls vormden, ontwikkelde in het kader van de residentiële jeugdzorg en het buitengewoon onderwijs inzichten omtrent verschillende categorieën 'abnormale' en 'achterlijke' kinderen en de voor hen meest geëigende behandeling of (her)opvoeding.

2.5.2. *Geestelijke volksgezondheid: cultuurpessimisme en burgerschap*

De bezorgdheid van de psychohygiënisten en de remedies die zij voorstelden, zijn te begrijpen tegen de achtergrond van de voortgaande modernisering van de Nederlandse samenleving. De jaren twintig vormden een periode van economische groei, die tot uiting kwam in een algemene verhoging van de levenstandaard.[1180] De lonen stegen flink, waardoor de koopkracht toenam en meer en meer mensen zich allerlei bestedingen konden veroorloven, die voorheen slechts voor een kleine bovenlaag waren weggelegd. De eerste vormen van massaconsumptie en -vermaak dienden zich aan en daardoor werden, in de woorden van de historicus P. de Rooy, 'alle zintuigen […] frequenter en democratischer dan ooit geprikkeld.'[1181] De zich uitbreidende welvaart werd mogelijk gemaakt doordat de ambachtelijke productie steeds meer plaatsmaakte voor gemechaniseerde en gerationaliseerde massaproductie in industriële bedrijven. Het aandeel van de beroepsbevolking dat in de landbouw werkte, liep tussen 1900 en 1940

[1176] Bouman 1932.
[1177] Noordman 1989, 16, 40, 104-105, 200-201.
[1178] De Goei 1997, 11.
[1179] Na de Eerste Wereldoorlog vestigde de pedagogiek zich aan de universiteit met leerstoelen in Leiden (1918: R. Casimir), Amsterdam (1919: Ph. Kohnstamm), Utrecht (1923: J.H. Gunning) en aan de Vrije Universiteit (1926: J. Waterink).
[1180] Schuursma 2000, 252.
[1181] De Rooy 2001, 175.

terug van rond de dertig naar zo'n twintig procent, terwijl de industriële en dienstensector zich uitbreidden. Als gevolg van met name de groei in de dienstverlenende beroepen betrad een toenemend aantal (jonge) vrouwen de arbeidsmarkt.[1182]

Het inwonertal van Nederland steeg tussen 1900 en 1930 van vijf tot bijna acht miljoen en daarvan woonde een groeiend deel in de grotere steden. In 1930 was meer dan een kwart van de bevolking gevestigd in steden met meer dan 100.000 inwoners en meer dan 40 procent in steden met meer dan 50.000 inwoners.[1183] Mensen kregen meer mogelijkheden om hun blikveld te verruimen en enige individuele onafhankelijkheid te verwerven. De mobiliteit werd bevorderd door de verdere ontwikkeling van de infrastructuur en doordat meer mensen gebruik konden maken van vervoermiddelen als fiets, trein en in mindere mate de auto. Kranten waren de gewoonste zaak van de wereld geworden; tegen 1930 begon de radio zijn zegetocht in de huiskamers en ook de telefoon raakte meer verbreid. Hoewel deze nog geen massale vormen aannam, nam de onkerkelijkheid toe. Terwijl in 1899 nog bijna 96 procent van de bevolking verklaarde tot een christelijk kerkgenootschap te behoren, was dat percentage in 1930 gedaald tot 83. De toename van onkerkelijkheid kwam voor een flink deel op het conto van de aanhang van de Nederlands Hervormde kerk.[1184]

De achterliggende beweegredenen van de oprichters van de NVGV zijn te vinden in zowel het breder levende cultuurpessimisme over de vermeende schadelijke gevolgen van de modernisering als het optimistische geloof in de mogelijkheden om met behulp van wetenschappelijke kennis die problemen op te lossen.[1185] Behalve erfelijke aanleg als gevolg van onverantwoorde voortplanting en biologische contraselectie golden de snelle veranderingen en de groeiende complexiteit van de moderne maatschappij als oorzaken van de toename van krankzinnigheid, zwakzinnigheid, geestelijke onevenwichtigheid en zenuwziekte. Het zenuwgestel van een groeiend aantal mensen zou niet berekend zijn op de snelle ontwikkeling van de techniek en het hoge levenstempo in de geïndustrialiseerde en geürbaniseerde samenleving. Rationalisatie en mechanisatie stelden steeds hogere eisen aan individuen en afwijkingen waren steeds moeilijker te dulden. Deze geluiden waren al vanaf het eind van de negentiende eeuw in Nederland te horen. Sommige zenuwartsen kenschetsten de twintigste eeuw als de 'nerveuze eeuw'.

Het in het interbellum onder intellectuelen wijdverbreide cultuurpessimisme vond weerklank onder zenuwartsen. J.H. van der Hoop bijvoorbeeld constateerde in 1922 dat de moderne tijd zich kenmerkte door verbrokkeling, stuurloosheid, verdeeldheid en oppervlakkigheid. De harmonie tussen individu en gemeenschap was teloor gegaan en het geloof in idealen en beginselen had plaats gemaakt voor scepsis en wantrouwen.[1186] Met een sterke nadruk op orde en gezag, zedelijkheid, gemeenschapszin en een groot wantrouwen tegen consumptief genot werd defensief op moderniseringsverschijnselen gereageerd. De bezorgdheid over de ontbinding van kleinschalige, organisch gegroeide samenlevingsverbanden en de teloorgang van traditionele cultuur- en fatsoenswaarden bereikte in de jaren dertig een hoogtepunt onder invloed van de economische crisis, die massale werkloosheid bracht en in Nederland langer duurde dan in andere landen. De

---

[1182] Schuursma 2000, 43; Knippenberg en De Pater 1990, 128-130; Mooij 1993, 128-136.
[1183] Schuursma 2000, 25; De Rooy 2001, 171.
[1184] Schuursma 2000, 117; Van Rooden 1996, 39.
[1185] De Goei 1997, 11.
[1186] Van der Hoop 1922, 14, 39.

dreiging van fascisme, nationaal-socialisme, communisme en oorlog versterkte deze ongerustheid. Mensen twijfelden in deze onzekere en angstige tijden aan de zin van het bestaan, schreef Van der Horst in 1937: 'Leven zonder gevoel, zonder hoop, zonder vertrouwen.' Hij maakte gewag van een geestelijke crisis, die zou blijken uit een 'massa neurotische mensen'.[1187] Ze hadden alle houvast en perspectief verloren: niet alleen de godsdienstige heilsverwachting en de overgeleverde traditie, maar ook het geloof in rede en vooruitgang was teloorgegaan. De zenuwarts F.J. Soesman had een jaar eerder in zijn *Sterke zenuwen: een medisch-sociologische studie over de hygiëne van den geest* (1936) onder verwijzing naar J. Huizinga's *In de schaduwen van morgen* (1935) beweerd dat het moderne geestesleven 'door en door ziek' was.[1188] Zoals hij in het begin van de eeuw al had uiteengezet, achtte hij voor geestelijke gezondheid 'een Hoogere Orde der dingen' noodzakelijk. De wijze waarop bepaalde staatsideologieën in landen als Duitsland, Rusland en Italië 'den burgers steun, zelfvertrouwen en kracht' verleenden, vond hij echter niet bepaald een navolgenswaardig voorbeeld voor Nederland. Een algemene godsdienstige opvoeding en de verspreiding van geesteshygiëne waren betere, democratischer middelen om het gemeenschapsleven te revitaliseren.

Het gedachtegoed van de beweging voor geestelijke hygiëne sloot aan bij het beschavingsoffensief en het sociaal activisme, die in de negentiende eeuw vooral uitgingen van de liberale burgerij, maar die vanaf de eeuwwisseling vervlochten raakten met confessionele en sociaal-democratische initiatieven om het materiële en morele peil van de arbeidersklasse en andere bevolkingsgroepen te verhogen. De crisis van de jaren dertig voedde niet alleen de behoefte aan sociaaleconomische regulering, maar ook pleidooien voor sociaal-culturele ordening. De vrees dat de vormloze massasamenleving culturele vervlakking en sociale desintegratie met zich meebracht, overschreed levensbeschouwelijke en politieke scheidslijnen en gaf aanleiding tot pleidooien voor meer nationale eenheid.[1189]

Het cultuurpessimisme stond een optimistisch geloof in de verbeterbaarheid van de mens niet in de weg, ook al werd dat in de praktijk vaak op de proef gesteld en was het vaak verpakt in een min of meer bevoogdend en neerbuigend paternalisme.[1190] Hierbij was het niet alleen de vraag hoe maatschappelijke misstanden als armoede, ziekte en uitbuiting te verhelpen waren, het ging ook om het bereiken van een gezond, deugdzaam en zelfredzaam bestaan voor iedereen. Dit leek des te belangrijker omdat als gevolg van de invoering van de evenredige vertegenwoordiging en het algemeen kiesrecht voor mannen (1917) en vrouwen (1919) alle volwassenen formeel volwaardige en gelijke staatsburgers waren geworden. Democratisering was een belangrijke voorwaarde voor de nationale integratie van de zich emanciperende katholieke en orthodox-protestantse bevolkingsgroepen alsmede van de niet-confessionele arbeidersbevolking, die zich grotendeels onder sociaal-democratische banieren organiseerde. Hoewel de vrijzinnig liberalen en de socialisten de grootste voorstanders van algemeen kiesrecht waren, profiteerden vooral de confessionelen ervan. De drie grootste confessionele partijen gingen na de Eerste Wereldoorlog het politieke toneel domineren, en ze werkten meestal

[1187] Van der Horst 1937, 317, 323.
[1188] Soesman 1936, 192.
[1189] Van Ginkel 1999; De Rooy 2001, 184; vergelijk Wouters 1990, 152-159.
[1190] Nijenhuis 1981, 98-99; Krul 1989; Schuursma 2000, 88.

samen met liberale partijen, waardoor ze niet totaal met het liberale verleden braken.[1191] Hoewel de aanhang van de liberalen getalsmatig sterk terugliep, bleef hun erfgoed invloedrijk in het zakenleven, de overheidsbureaucratie, de universiteiten en de media. Pas in 1939 kregen sociaal-democraten zitting in de regering.

Naarmate de democratisering voortschreed, achtten vertegenwoordigers van de elite het des te noodzakelijker om de massasamenleving te ordenen en het volk door middel van opvoeding zedelijk te verheffen. Onverschilligheid en egocentrisme zouden een bedreiging van de democratie en de nationale saamhorigheid vormen. Zo organiseerde de in 1908 opgerichte Tucht-Unie, die zich inzette voor de versterking van burgerzin, in 1922 te Utrecht het congres 'Ons volk en de tucht' waaraan verschillende prominente pedagogen deelnamen. Strakkere disciplinering en nationale saamhorigheid waren dringend gewenst en deze zouden niet door de overheid, maar vooral vanuit de maatschappij moeten worden bevorderd.[1192] Voor verantwoordelijk burgerschap waren zelfbeheersing, wilskracht en nationale gemeenschapszin onontbeerlijk, kwaliteiten die van oudsher centraal hadden gestaan in het burgerlijk beschavingsoffensief en die ook een belangrijke rol speelden in het confessionele en sociaal-democratische emancipatiestreven. Vooral in het idealistische cultuursocialisme, uitgedragen door W. Banning en K. Vorrink, de leider van de Arbeiders Jeugd Centrale, speelden zedelijke en geestelijke verheffing door middel van volksopvoeding een belangrijke rol. Een geestelijke en ethische vernieuwing zou de voorwaarde vormen voor politieke veranderingen. Ondanks de levensbeschouwelijke en politieke verdeeldheid bestond er in het interbellum onder Nederlandse intellectuelen en politici een brede consensus dat ethisch bewustzijn en verantwoordelijkheidsbesef de garantie vormden dat individuen zich in dienst stelden van collectieve waarden - die van de eigen zuil en daarboven die van de Nederlandse natie. Volksopvoeding onder leiding van de culturele elite gold als hét middel om ordelijk en moreel gedrag en een samenbindende oriëntatie op burgerlijke fatsoensnormen en algemene christelijke waarden te bewerkstelligen.[1193] Daarbij maakte een strikt morele, op dwang gebaseerde aanpak geleidelijk plaats voor een meer subtiele beïnvloeding van de innerlijke gezindheid, zodat mensen dankzij zelfregulering en zelfwerkzaamheid uit eigen beweging het gewenste gedrag zouden vertonen en zo op eigen kracht sociale verbetering bewerkstelligden.[1194]

In het burgerlijke cultuurpatroon vonden de verschillende zuilen een gemeenschappelijke grondslag. De sociaal-democraten konden pas volwaardig participeren toen zij de daarbij horende waarden accepteerden: respect voor orde en gezag, standsbesef, arbeids- en spaarzin, zelfbeheersing en een scala aan fatsoensregels. Aan de ene kant probeerden vertegenwoordigers van de burgerij de lagere klassen en standen te verheffen, aan de andere kant oefende de burgerlijke levenswijze met de daarbij horende materiële welstand, respectabiliteit en gezinskoestering een grote aantrekkingskracht op hen uit. Mede dankzij de stijgende inkomens werd het huwelijk al sinds de eeuwwisseling voor steeds meer mensen bereikbaar en vanzelfsprekend. Het door de burgerij gevestigde affectieve huwelijk en kerngezin verbreidden zich ook naar

---

[1191] Schuursma 2000, 220.
[1192] Krul 1989.
[1193] Nijenhuis 1981, 107-109; Krul 1989; Te Velde 1993; Te Velde 1996; Te Velde 1997; Blom 1996; Van Ginkel 1999.
[1194] De Rooy 1985b, De Graaf 1989, 23; Van der Stel 1997, 55.

andere bevolkingsgroepen. Bezwaren tegen de werkende gehuwde vrouw waren wijd verspreid, niet alleen onder confessionelen, maar ook onder sociaal-democraten, die voorstanders waren van het kostwinnersprincipe: de man moest voldoende verdienen om zijn gezin te onderhouden. In 1924 en 1925 werd het gehuwde vrouwen verboden om als ambtenaar of onderwijzeres in overheidsdienst te werken. Weliswaar hoorde individuele ontplooiing ook tot het burgerlijke patroon, maar deze gold in de eerste plaats voor economisch zelfstandige mannelijke burgers en de persoonlijke ontwikkeling mocht de grenzen van stand, sekse en godsdienst niet overschrijden.[1195]

Met hun normatieve invulling van het begrip geestelijke volksgezondheid sloten de leidende psychohygiënisten nauw aan bij het streven naar een goed geordende samenleving door middel van de onvoorwaardelijke aanpassing van het individu aan een collectief gedeeld normen- en waardenpatroon. Bouman omschreef het doel van de psychohygiënische beweging als 'onze gemeenschap te verrijken met in geestelijk opzicht nuttige en waardevolle individuen, het instandhouden, eventueel kweken, van volkskracht' en 'het scheppen van voorwaarden, waaronder geestelijke en morele waarden tot ontwikkeling kunnen komen, het streven naar het verkrijgen van de aan hun omgeving zo goed mogelijk aangepaste persoonlijkheids-typen'. Daarmee refereerde hij niet alleen aan biologistische en eugenetische waarden - psychische hygiëne was, zoals Boumans het uitdrukte, onderdeel van de 'rassenhygiëne' - maar impliciet ook aan wat vanuit een breder perspectief als voorwaarde voor burgerschap in een democratische samenleving was gaan gelden. 'Feitelijk wordt dit alles gedragen door één gedachte: het individu zich zoo goed mogelijk aan zijn omgeving te doen aanpassen', zo betoogde Bouman. 'Het is alles toegespitst op de mogelijkheid de enkeling volgens zijn persoonlijke geestelijke structuur zoo goed mogelijk als lid der gemeenschap te doen functioneeren. ' Weliswaar had de psychiater als arts de taak om de individuele belangen van de patiënt te dienen, 'desnoods tegen de belangen van de gemeenschap in', maar op het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid, zo betoogde Bouman, stonden de belangen van de gemeenschap voorop:

> zoodra hij zich op het sociale terrein begeeft, aanvaardt hij daarmee tevens de plicht de belangen van de gemeenschap te verdedigen, zoonoodig tegen de persoonlijke belangen van de zieke in: hij heeft de maatschappij te verdedigen tegen den invloed van persoonlijke elementen, die daarin niet passen. Men houde daarbij echter duidelijk in het oog, dat het groote doel: enkeling èn groep voor die aanpassing geschikter te maken tenslotte beider belangen dient. [1196]

De idealen van gemeenschapszin en zelfbeheersing, waarin het negentiende-eeuwse concept van 'karakter' resoneerde, klonken ook door in de wijze waarop de NVGV in haar *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland* (1936) het doel van de psychische hygiëne omschreef:

> Het bevorderen eener zoo volledig mogelijk harmonische ontwikkeling van alle aangeboren geestelijke kwaliteiten ten einde het individu te verschaffen het grootst mogelijke maatschappelijke aanpassingsvermogen en de grootst mogelijke

[1195] Blom 1996; Lucassen 2001, 106.
[1196] Bouman 1938, 442-443, 462.

> maatschappelijke bruikbaarheid waardoor het in staat gesteld is weerstand te bieden aan de verschillende schadelijke invloeden, die zijn geestelijke volwaardigheid in gevaar kunnen brengen.[1197]

In zijn voordracht op een bijeenkomst van de NVGV benadrukte de pedagoog J.H. Gunning dat een geestelijk gezonde opvoeding gericht was op het aankweken van innerlijke spankracht en weerstandsvermogen. 'Dat er in de wereld zooveel uiterlijke ongebondenheid is, komt alleen daarvandaan, dat er zooveel innerlijke ongebondenheid is, en daarom laat de geestelijke gezondheid van het menschdom nog veel meer te wenschen over dan de lichamelijke', aldus Gunning.[1198]

De Leidse hoogleraar Carp, die in 1939 een 'sociaal-pedagogische' beschouwing wijdde aan de 'sociale waarde van geestelijke volksgezondheid', benadrukte evenals Bouman en Gunning het belang van de 'gemeenschapsidee' en zelfbeheersing.

> De bevordering der geestelijke Volksgezondheid […] kan […] niet anders dan gericht zijn op de aanwakkering van het gemeenschapsbesef. Geestesgezond […] is die Mensch, welke zijn levenstaak ziet in de vervulling van de gemeenschapsidee. […] Ongetwijfeld zal een ieder de sociale waarde der geestelijke Volksgezondheid zien in het licht der Volksgemeenschap.'

'Men houde hierbij in het oog,' zo betoogde Carp, 'dat ook het aanpassingsvermogen aan de werkelijkheid, de maatschappelijkheid in den meest ruimen zin des woords, ten nauwste samenhangt met het vermogen te leeren wachten, geen gevolg te geven aan de eischen van het primitieve driftleven en voldoening te vinden in de beteekenis van het offer.' Tegelijkertijd waarschuwde Carp - wellicht met het oog op het oprukkende totalitarisme in Europa - echter voor 'overschatting der gemeenschapsidee' en 'een onderschatting van het individualiteitsbesef'. Onder verwijzing naar Freud, bepleitte hij een evenwicht tussen innerlijke vrijheid en verantwoordelijkheidsgevoel.

> Niet die Mensch vertegenwoordigt het ideaal van geestelijke gezondheid, die beheerscht wordt door een soort van kudde-instinct en uit gebrek aan individualiseering zich slechts veilig waant in de collectiviteit, maar diegene welke een harmonische verbinding heeft weten te scheppen tusschen gemeenschaps- en individualiteits-besef. Slechts dàn ook heeft de geestelijke Volksgezondheid een bijzondere sociale waarde, wanneer het gevoel van saamhorigheid de drager is van een drang door eigen initiatief mede te werken aan het algemeen belang.[1199]

De geestelijk gezonde burger stelde zich vanuit een innerlijke overtuiging vrijwillig in dienst van de gemeenschap. Hier begon het burgerschapsvertoog in termen van karakteropvoeding plaats te maken - in bescheiden mate weliswaar - voor een psychologiserend perspectief waarin meer ruimte kwam voor de individuele persoonlijkheid.

[1197] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 5.
[1198] Gunning 1930, 426.
[1199] Carp 1939a, 18, 26, 29, 30.

2.5.3. *Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie*

Behalve het cultuurpessimisme en het sociaal-morele activisme in de zich moderniserende samenleving speelden beroepsbelangen een rol in het ontstaan van de beweging voor psychische hygiëne. Psychiaters, onderwijs- en opvoedkundigen en eugenetici grepen de psychohygiëne aan om een professionele alliantie te smeden en hun beroepsdomein te legitimeren of te vergroten.[1200] Artsen zagen zich in de gestichten geconfronteerd met overbevolking, lage genezingspercentages en hoge aantallen langdurig opgenomen, chronische patiënten. Pogingen om de malaise binnen de inrichtingspsychiatrie zelf op te lossen - overplaatsing van ongeneeslijke patiënten, de instelling van aangewezen afdelingen voor geneeslijke geesteszieken en de toepassing van nieuwe therapieën - bleken niet toereikend. Met hun pleidooi voor psychische hygiëne, waaronder zij ook de voor- en nazorg rekenden, probeerden psychiaters nieuwe oplossingen voor oude problemen te bieden. Het een en ander was niet gespeend van eigenbelang: de stap van de beslotenheid van gesticht of inrichting naar de samenleving en de daarmee verbonden uitbreiding van het beroepsdomein zou hun publieke aanzien ten goede kunnen komen. Psychiaters domineerden de NVGV. Bouman vond dat zij de leiding moesten hebben in de geestelijke gezondheidszorg, hoewel hij hun overheersende positie ten opzichte van andere beroepsgroepen enigszins verbloemde door te spreken van 'psycho-hygiënist' als gemeenschappelijke aanduiding van alle werkers op dit terrein.[1201]

Pedagogen, onderwijzers en schoolartsen die zich met moeilijk opvoedbare en lerende alsook zwakzinnige kinderen bezighielden, zochten via de psychohygiënische beweging aansluiting bij de geneeskunde, in het bijzonder de psychiatrie, en deels ook bij het eugenetische gedachtegoed, om hun nieuwe vakgebied, de orthopedagogie, een wetenschappelijke status te geven. De inspecteur van het BLO-onderwijs, de arts Van Voorthuijsen, was één van de initiatiefnemers van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en zag de zwakzinnigenzorg als onderdeel van haar werkterrein. Bovendien sloot het streven naar buitengewoon onderwijs en werkvoorzieningen voor jeugdige zwakzinnigen ter voorkoming van maatschappelijke ontsporing aan bij de pogingen van psychiaters zoals Meijers om deze groepen door middel van de organisatie van voor- en nazorg en consultatiebureaus buiten het gesticht te houden. Pleitbezorgers van de eugenetica zagen in het streven naar geestelijke hygiëne een mogelijkheid om hun gedachtegoed te verbreiden. Omgekeerd verwezen psychiaters en orthopedagogen naar het belang van de erfelijkheidsleer om de geestelijke hygiëne van een natuurwetenschappelijk cachet te voorzien.

De doelstellingen van Bouman en de zijnen waren ambitieus, maar na de oprichtingsbijeenkomst leidde de nieuwe vereniging enkele jaren een slapend bestaan, om in 1930 weer op te leven. Het ontbrak vooralsnog aan daadkracht doordat de ideeën over het belang en de invulling van geestelijke hygiëne binnen en buiten de NVGV nogal uiteenliepen.[1202] Bovendien verflauwde de aandacht van inrichtingspsychiaters voor psychische hygiëne vanaf de tweede helft van de jaren twintig. Met enig succes bewandelden zij andere wegen om de problemen in de krankzinnigenzorg te bezweren.

[1200] De Goei 2001, 28-32.
[1201] Bouman 1938, 444, 458-460. Wij zullen deze term ook in deze zin gebruiken.
[1202] De Goei 2001, 52-68.

Zo zorgden de toepassing van de actievere therapie en de invoering van nieuwe somatische kuren voor een opleving van het therapeutisch optimisme. Aan de andere kant konden psychiaters die onder invloed van de psychoanalyse en een geesteswetenschappelijke oriëntatie in hun vakgebied een psychologische aanpak van geestesziekte beproefden, zich moeilijk vinden in de wijze waarop met name K.H. Bouman, Van der Scheer en Meijers het begrip psychische hygiëne, mede op basis van Duitse voorbeelden, invulden. Dat gebeurde enerzijds, met de nadruk op erfelijkheid en eugenetica, als een tak van de biomedische psychiatrie; anderzijds, vanwege de aandacht voor maatschappelijke omstandigheden, als een vorm van sociale psychiatrie, zoals die in de voor- en nazorg in praktijk werd gebracht.[1203] Hun biosociale visie op geestesziekte als een biologisch gegeven, waarvan de uitingsvorm deels werd bepaald door de leefomgeving, stond op gespannen voet met de overwegend individualiserende psychologische optiek in de fenomenologische en psychoanalytische benaderingen. Toonaangevende psychiaters als G. Jelgersma en L. Bouman, die al voor de Eerste Wereldoorlog hun natuurwetenschappelijke benadering voor een belangrijk deel hadden ingeruild voor respectievelijk de psychoanalyse en de fenomenologie, hielden zich enigszins afzijdig van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en hetzelfde gold ook voor de hoogleraren Van der Horst, Rümke en Carp. Een inrichtingspsychiater als Cox, die aanvankelijk wel betrokkenheid toonde bij de psychohygiëne, maakte een soortgelijke ontwikkeling als Jelgersma door en trachtte de psychologische benadering binnen de inrichtingspsychiatrie toe te passen.[1204]

Een andere reden voor het beperkte succes van Boumans initiatief was dat eugenetica en psychohygiëne zich niet zo gemakkelijk met elkaar lieten verenigen als op het eerste gezicht leek. Weliswaar was er sprake van een gemeenschappelijk doel, de preventie van geestesstoornissen, maar over de wijze waarop dit het beste was te bereiken, liepen de meningen uiteen. Zo bracht Van Herwerden naar voren dat het sociaalpsychiatrische streven om geesteszieken buiten de gestichten te houden en door middel van buitendiensten en gezinsverpleging in de maatschappij op te vangen vanuit eugenetisch oogpunt niet zonder gevaren was. Hierdoor kreeg 'een minderwaardig kiemplasma voortplantingskansen.'[1205] Zij was van mening dat krankzinnigen niet de gelegenheid mochten krijgen om kinderen te krijgen en daarom was opname in een gesloten gesticht te verkiezen boven hulp in het eigen sociale milieu. Op een vergadering van de Internationale Federatie van Eugenetische Organisaties in 1929 te Rome stelde Van Herwerden voor dat de aangesloten nationale organisaties er bij hun regeringen op aandrongen om 'geestelijk minderwaardigen' niet vrij te laten zolang ze zich konden voortplanten. Ze juichte de invoering van de Psychopathenwetten, die het mogelijk maakten gestoorde delinquenten te interneren, toe en vond de isolering van zwakzinnige mannen en vrouwen op afzonderlijke eilanden, zoals de praktijk was in Denemarken, navolgenswaardig.[1206] In Nederland was volgens Van Herwerden onderzoek geboden om uit te vinden hoe de verspreiding van 'het minderwaardige kiemplasma' het beste was tegen te houden: kolonies en (vrijwillige) sterilisatie zouden hieraan kunnen bijdragen. In dit verband pleitte zij voor de oprichting van een eugenetisch onderzoeksinstituut in

[1203] Bouman 1938; Van der Scheer 1930; Van der Scheer 1934; Meijers 1940; Meijers 1947.
[1204] Abma en Weijers 2005, 61, 121.
[1205] Van Herwerden 1931, 238-239.
[1206] Noordman 1989, 104-105, 178-179.

navolging van Duitsland en Zweden. 'Men talme niet. De qualiteit der Nederlandsche bevolking staat op het spel.' Ook vroeg zij aandacht voor 'de invloed van de raskruising op de geestelijke volksgezondheid', een actueel vraagstuk volgens haar omdat steeds meer voorheen min of meer geïsoleerde, zich 'door inteelt voortplantende kleine bevolkingsgroepen' zich mengden met de bevolking als geheel en er sprake was van 'een toenemende vermenging van joden met het alpine en noorsche ras'.[1207]

Op basis van soortgelijke overwegingen betoogden enkele psychiaters daarentegen dat eugenetica juist een voorwaarde was voor de sociale psychiatrie. G.P. Frets, gestichtsarts in Maasoord en voorzitter van de Nederlandsche Eugenetische Federatie, pleitte in 1933 op een bijeenkomst van het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap voor een wettelijke regeling om sterilisatie van ongeneeslijke geesteszieken en zwakzinnigen mogelijk te maken ter voorkoming van 'minderwaardige progenituur' - ogenschijnlijk desnoods zonder hun toestemming, hoewel Frets zich daar niet expliciet over uitliet.[1208] Vooral in verband met de toegenomen mogelijkheden om patiënten vroegtijdig uit de inrichting te ontslaan en hen aan nazorgdiensten toe te vertrouwen, alsmede door de tekortkomingen van andere preventieve maatregelen (huwelijksverbod of seksuele onthouding), zou een zekere druk om deze ingreep te ondergaan toelaatbaar zijn. In de redenering van Frets was de sociale psychiatrie gediend met sterilisatie, omdat gestichtsartsen dan eerder geneigd zouden zijn bepaalde patiënten uit de inrichting te ontslaan.

> Als we tegenover elkaar stellen segregatie, dus jarenlange gestichtsverpleging, verstoken zijn van het leven in de maatschappij en sterilisatie ook met haar bezwaren, doch waar de individueele vrijheid in hooge mate wordt toegestaan, dan mag m.i. de conclusie zijn: gestichtsverpleging alleen, voor zoover en zoolang als het direct noodig is in het belang van den patient en met het oog op de beveiliging van de maatschappij. Als het leven in de maatschappij voornl. niet toelaatbaar is met het oog op de progenituur, dus omdat de persoon geen gezin kan verzorgen en om de kansen van minderwaardige kinderen, dan mag sterilisatie worden verricht. [1209]

Een bijkomend voordeel was volgens Frets dat sterilisatie en begeleiding in de maatschappij goedkoper waren dan gestichtsverpleging.

Al eerder, op een gezamenlijke vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen over de nazorg, had Frets naar voren gebracht dat de overerfelijkheid van geestesziekten een probleem vormde dat psychiaters onder ogen moesten zien. Onder verwijzing naar Duitse, Zweedse en Amerikaanse voorbeelden pleitte hij evenals Van Herwerden voor een Nederlands instituut voor onderzoek naar de erfelijkheid van de mens en voor eugenetiek. In Zwitserland, Californië, Zweden, Denemarken, Engeland en Duitsland was ervaring opgedaan met sterilisaties en in sommige landen bestond er wetgeving op dit terrein. Uit publicaties over de praktijken in Californië meende Frets te kunnen afleiden dat aan de operatie slechts geringe gevaren waren verbonden en dat de gevolgen voor de patiënten - de meesten zouden zich

---

[1207] Van Herwerden 1931, 240-241.
[1208] Frets 1933, 3.
[1209] Frets 1933, 29.

vrijwillig aan de ingreep onderworpen hebben - over het algemeen gunstig waren. Sterilisatie maakte een psychiatrische buitendienst niet overbodig, integendeel: 'om sterilisatie goed te doen werken' was toezicht en begeleiding noodzakelijk.[1210] Pameijer, Bouman en vooral Van der Scheer lieten vergelijkbare geluiden horen.[1211] De door de sociale psychiatrie in de hand gewerkte tendens om meer patiënten vroegtijdig uit inrichtingen te ontslaan, maakte het volgens Van der Scheer noodzakelijk om 'ook in ons land het voor onze ooren onaangenaam klinkende, sterilisatievraagstuk nader onder de oogen te zien' en de 'individuëele [sic] en de maatschappelijke belangen' tegen elkaar af te wegen.[1212] Het 'eugenetische vraagstuk' verdiende meer aandacht, zo stelde hij, er was 'een groot volksbelang mee gemoeid'.[1213]

De pleitbezorgers van de eugenetica kregen echter weinig bijval onder andere aanhangers van de psychohygiëne. Symptomatisch waren de afwijzende reacties op een voordracht van de arts J. Sanders over het onmaatschappelijke kind op een studiedag van de NVGV in 1933. Onmaatschappelijkheid hing volgens Sanders samen met een zwakzinnige of psychopathische aanleg en was als zodanig terug te voeren op een genetisch tekort. Mede uit het oogpunt van kostenbeheersing - des te urgenter in tijden van economische crisis - achtte hij eugenetische maatregelen als sterilisatie het overwegen waard. Frets en Van Herwerden vielen Sanders bij, maar een aantal andere aanwezigen plaatste kanttekeningen bij diens betoog of wees het resoluut af. Stärcke stelde dat er nauwelijks wetenschappelijk bewijs was voor de erfelijkheid van psychische eigenschappen. De criminoloog Bonger en M.J.A. Moltzer, directeur van de Amsterdamse School voor Maatschappelijk Werk, brachten naar voren dat Sanders volledig voorbij ging aan de invloed van milieufactoren en de mogelijkheid om onmaatschappelijke kinderen door middel van de nodige sociale en pedagogische ingrepen weer op het rechte spoor te zetten.[1214]

Psychiaters onderschreven het belang van de eugenetica en discussieerden er regelmatig over. Zo sprak het bestuur van de NVPN in 1921 over de mogelijkheid om een internationaal congres over genetica en eugenetica te organiseren, een plan dat geen doorgang vond vanwege een gebrek aan financiële middelen.[1215] Als het echter om concrete maatregelen als verplicht medisch onderzoek voor het huwelijk, huwelijksverboden, sterilisatie en gedwongen isolatie ging, dan stelden de meesten zich terughoudend op en brachten zij zowel praktische als principiële bezwaren naar voren. De felheid waarmee de joodse en met het communisme sympathiserende psychiater F. Grewel in 1934 tijdens een debat over het onderwerp in de NVPN de eugenetica en in het bijzonder de nationaal-socialistische rassenleer bekritiseerde, was uitzonderlijk. G. Jelgersma verweet Grewel dat zijn visie op de eugenetica te 'affectief' geladen was, maar als het om de argumenten ertegen ging - de eugenetica deed geen recht aan de complexiteit van de erfelijkheidswetten en negeerde de invloed van het milieu - was Jelgersma het wel met hem eens.[1216]

[1210] Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 689.
[1211] Pameyer 1932; Bouman 1938, 460-462; Van der Scheer 1930; Van der Scheer 1934.
[1212] Van der Scheer 1930, 21.
[1213] Van der Scheer 1934, 12.
[1214] Noordman 1989, 14-16.
[1215] Notulen vergadering bestuur NVPN 22-12-1921 en 11-1928, Archief NVPN.
[1216] Noordman 1989, 209.

Querido, die als sociaal-psychiater en als sociaal-democraat evenals Grewel meer belang hechtte aan omgevingsinvloeden, was voorzichtiger. Volgens hem was de vraag of onvolwaardigheid door erfelijkheid of omstandigheden werd veroorzaakt nog niet te beantwoorden en daarom was verder onderzoek nodig: 'dat het op het oogenblik door politieke invloeden tot een afstootelijke caricatuur van wetenschappelijk denken is geworden, behoeft ons niet te beletten, het als een der belangrijkste geestelijk-hygiënische vraagstukken te blijven beschouwen.'[1217] H.C. Jelgersma erkende dat het eventuele 'minderwaardige nakomelingenschap' van 'geestelijk abnormalen' een probleem vormde, maar betwijfelde of psychiaters er iets aan konden doen. Weliswaar kwam hij bij de Leidse sociale instellingen en de voor- en nazorgdienst steeds dezelfde familienamen tegen, waaruit hij opmaakte dat de Leidse bevolking 'nadeelig [werd] beïnvloed door slechts een tiental families', maar sterilisatie van krankzinnigen had volgens hem geen zin, aangezien de wortel van het kwaad lag bij de voorouders en het onmogelijk was om alle erfelijk belaste mensen tijdig op te sporen en te steriliseren.[1218]

Naast praktische bezwaren bracht H.C. Jelgersma ook principiële argumenten in tegen de eugenetica: sommige Duitse psychiaters neigden ertoe het leven van 'geestelijk abnormalen' minder waard te achten dan dat van anderen. Een dergelijke houding liet zich, aldus Jelgersma, 'noch met het Nederlandsche volkskarakter, noch met den geest der Nederlandsche psychiatrie […] vereenigen.'[1219] Met name de gereformeerde psychiaters D. Schermers en A. Hutter tekenden protest aan tegen de ontwikkelingen op dit terrein in Duitsland en de Verenigde Staten. Al begin jaren twintig waarschuwde Schermers naar aanleiding van een Duitse brochure, waarin werd gepleit voor 'euthanasie' van ongeneeslijk zieken en zwakzinnigen, met vooruitziende blik op de mogelijke consequenties van het eugenetische denken.[1220] Hutter laakte in 1935 niet alleen de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing van eugenetische ingrepen, hij wees er ook op dat vrijwilligheid sluipenderwijs zou overgaan tot dwang, die hij ontoelaatbaar achtte. Zijn indruk van de Duitse praktijken was 'dat men maar raak steriliseert en zich […] niet eens houdt aan den eisch van het nauwkeurig familie-onderzoek en de berekening van de statistisch waarschijnlijke kans, die de progenituur van den delinquent […] heeft, aan zijn ziekte te gaan lijden.' [1221] Het op zich niet onsympathieke doel om degeneratie tegen te gaan, heiligde de middelen volgens Hutter niet. Een cultuur als het oude Sparta was toch niet wenselijk.

Ook de meeste Nederlandse pleitbezorgers van de eugenetica stonden overigens gereserveerd zo niet kritisch ten aanzien van het radicalisme en het racistische karakter van het nazistische ideeëngoed op dit terrein, hoewel ook zij soms speculeerden over het verband tussen ras en geestelijke kwaliteiten. Op internationale congressen kwamen enkelen van hen in aanvaring met Duitse autoriteiten op dit gebied.[1222] Zo rapporteerde Frets na terugkeer van een internationaal demografisch congres in Berlijn in 1935 dat hij het volstrekt oneens was met de Duitse eugeneticus E. Rüdin. Deze had beweerd dat een hoog aantal geboorten nodig was om vervolgens van zoveel mogelijk inferieure mensen

[1217] Querido 1936/1970, 27.
[1218] Jelgersma 1931a, 471, 476-478.
[1219] Jelgersma 1931a, 478.
[1220] Schermers 1921-1922.
[1221] Hutter 1935, 5.
[1222] Noordman 1989, 131.

verlost te kunnen worden, dat wil zeggen door middel van sterilisatie.[1223] Het aantal Nederlandse eugenetici dat zich in de nationaal-socialistische rashygiëne kon vinden was klein. Een van hen was de Amsterdamse psychiater L. Hardenberg, redactiesecretaris van het tijdens de oorlog opgerichte tijdschrift *Rashygiënische Mededeelingen*, die in het belang van de geestelijke volksgezondheid pleitte voor eugenetische wetgeving gericht op paupers, asocialen, criminelen en dragers van erfelijke ziekten.[1224]

Over het algemeen vonden psychiaters en andere aanhangers van de psychohygiëne dat het sociale milieu en de therapeutische behandeling van met name jeugdigen betere mogelijkheden boden om geestesstoornissen tegen te gaan dan eugenetische maatregelen. Het vertrouwen in de mogelijkheid om de mens te verbeteren, dat in Nederland sterk geworteld was in de charitatieve zorg en het beschavingswerk, won het in de psychohygiënische beweging van het biologische determinisme dat de eugenetica kenmerkte.[1225] Zelfs K.H. Bouman, die een belangrijke rol voor de eugenetica zag weggelegd in het streven naar verbetering van de geestelijke volksgezondheid, stelde dat zijn beweging voortbouwde op de 'charitatieve neigingen in onze maatschappij, waardoor […] sedert lang overeenkomstige pogingen ondernomen waren'.[1226] Het pedagogische ethos dat de armenzorg en het maatschappelijk werk al langer beheerste, kon op meer instemming rekenen.

Voor de confessionelen kwam daar nog bij dat de eugenetica, zowel de theorie als de concrete maatregelen, op gespannen voet stond met hun geloofsovertuiging. Vanwege de christelijke nadruk op vrije wil en geestelijke waarden, op schuld- en zondebesef, konden zij moeilijk een deterministisch, biologisch mensbeeld omhelzen waarin gezondheid op de eerste plaats kwam. Evenmin billijkten ze invloed van de overheid op het gezinsleven. Bovendien liet de christelijke moraal geen doelbewuste regulering van de voortplanting of ingrijpende maatregelen als huwelijksverboden en sterilisatie toe. Alleen segregatie ten einde een ongewenst nageslacht te voorkomen en de positieve eugenetica, het bevorderen van een gezond nageslacht, konden in confessionele kring op enige steun rekenen. Zo wees Carp, eind jaren dertig redactielid van het eugenetische blad *Afkomst en Toekomst*, direct ingrijpen in de menselijke voortplanting - 'negatieve' eugenetica - af en pleitte hij uitsluitend voor de 'positieve' variant ervan, waartoe hij de verbetering van de sociaal-economische omstandigheden en opvoedings- en huwelijksvoorlichting rekende.[1227] Ook F.M. Havermans, geneesheer-directeur van St. Servatius in Venray, wees sterilisatie en huwelijksverbod af; alleen internering ter verhindering van de voortplanting achtte hij toelaatbaar. De hervormde gestichtspsychiater Van der Spek, die een vooraanstaande rol in de eugenetische beweging speelde, gaf eveneens de voorkeur aan segregatie boven sterilisatie.[1228] Dergelijke pleidooien voor preventieve internering, die op gespannen voet stonden met de oogmerken van de sociale psychiatrie, kregen echter evenmin concrete invulling. Voor zover het om de praktische toepassing van de eugenetica ging, bestond er in Nederland, zowel in de maatschappij als bij de overheid, een grote mate aan terughoudendheid,

---

[1223] Frets 1936, 67.
[1224] Noordman 1989, 135-136.
[1225] Noordman 1989, 32, 261; vergelijk Depaepe 2002.
[1226] Bouman 1938, 441.
[1227] Carp 1939a, 8-18.
[1228] Noordman 1989, 58, 96, 98, 104-105, 140, 179-181, 230.

vooral als er dwang aan te pas zou komen. Vanwege de gereserveerde houding in de psychohygiënische beweging ten aanzien van de eugenetica sloot de NVGV zich niet aan bij de Nederlandsche Eugenetische Federatie, die verschillende organisaties op het gebied van het erfelijkheidsonderzoek en de bevolkingspolitiek overkoepelde en die het eugenetische gedachtegoed op belendende werkterreinen wilde verbreiden.[1229]

2.5.4. *Verzuilde psychohygiëne*

Naast de meningsverschillen over de eugenetica speelde ook de verzuiling de NVGV parten. Bouman afficheerde zijn NVGV als een neutrale vereniging op wetenschappelijke grondslag. Levensbeschouwelijk geïnspireerde psychiaters als L. Bouman en Van der Spek vonden dat er te weinig aandacht was voor de rol van godsdienst. K.H. Boumans ambitie om de NVGV tot een overkoepelende instantie voor alle initiatieven op het gebied van de geestelijke volksgezondheid te laten uitgroeien, stuitte dan ook op weerstand in confessionele kring. Ten tijde van de oprichting van de vereniging had de verzuiling zich stevig gevestigd en deze deed zich ook op dit nieuwe terrein krachtig gelden. De confessionelen stelden zich terughoudend op ten aanzien van de NVGV omdat haar werkgebied, waaronder opvoeding, huwelijk, gezin en seksualiteit vielen, volgens hen geen neutrale, louter wetenschappelijke benadering toeliet, aangezien er geloofszaken - zonde, schuld, geweten en berouw - in het geding waren. Aan de andere kant was Boumans initiatief voor hen een voorbeeld om vanuit hun emancipatiestreven zelf activiteiten - net zoals eerder in de krankzinnigenzorg - op dit nieuwe terrein te ontplooien.

De ontwikkeling van aparte katholieke en in mindere mate van gereformeerde, hervormde en joodse organisaties voor de geestelijke volksgezondheid paste in het proces van verzuiling, de levensbeschouwelijke verankering van maatschappelijke organisaties in het middenveld tussen staat en privésfeer, waarbij traditionele doelstellingen samengingen met de toepassing van moderne middelen. In de confessionele zuilen kwamen moderne organisatievormen op het gebied van politiek, arbeid, charitatieve zorg, onderwijs, wetenschap, gezondheidszorg, maatschappelijk werk, jeugdbeweging, vrijetijdsbesteding, cultuur en de massamedia in dienst te staan van het behoud van het geloof. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid was een nieuwe manier om christelijke normen en waarden, vooral in de persoonlijke levenssfeer van huwelijk, gezin, opvoeding en seksualiteit, uit te dragen en deze - selectief - met wetenschappelijke kennis te schragen. Aangezien de kerken en daarmee verbonden maatschappelijke organisaties hun stempel drukten op de seksuele en gezinsmoraal bestond er in de confessionele zuilen in feite al een sociale politiek van het persoonlijke, voordat het feminisme deze leuze in de jaren zeventig op de politieke agenda plaatste.[1230] Door het nieuwe zorggebied op basis van de eigen levensbeschouwelijke principes te organiseren zou het mogelijk zijn om wetenschappelijke inzichten in eigen kring te introduceren en te bediscussiëren zonder de christelijke moraal te ondermijnen.

In katholieke kring nam de psychiater C.T. Kortenhorst, opgeleid door K.H. Bouman en Meijers, eind jaren twintig het voortouw. Ondanks het wantrouwen van geestelijken en andere katholieke gestichtsartsen die een inbreuk op hun domeinen

---

[1229] Noordman 1989, 105.

[1230] Zie bijvoorbeeld Havermans 1936; vergelijk Stuurman 1983.

vreesden, kreeg hij steun in de katholieke wereld. In 1930 kwam de Roomsch-Katholieke Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid van de grond ter ondersteuning van 'iederen arbeid tot preventie van geestesziekte en voor bescherming, behandeling, opvoeding en nazorg van geestelijk misdeelden'.[1231] In feite was de vereniging een mantelorganisatie van bestaande organisaties die op verschillende terreinen actief waren: behalve psychiatrische hulpverlening ook buitengewoon onderwijs, kinderbescherming, reclassering, drankbestrijding, moederschapszorg en de opvang van 'gevallen vrouwen' en ongehuwde moeders. In een voordracht voor de NVGV onderscheidde Kortenhorst vier terreinen voor de geestelijke volksgezondheid: het buitengewoon onderwijs voor achterlijke, zwakzinnige, doofstomme, blinde, psychopathische en lichamelijk gebrekkige kinderen; de kinderbescherming voor verwaarloosde en delinquente kinderen; de reclassering van misdadigers, alcoholisten, landlopers, prostituees en ongehuwde moeders; en het eigenlijke psychiatrisch-neurologische werkterrein dat geestes- en zenuwzieken, zwakzinnigen en epileptici omvatte. Daarnaast noemde hij ook het gebied van de (industrie)arbeid, waarin de psychotechniek, de beroepskeuze en de arbeidsinspectie konden bijdragen tot een verbetering van de geestelijke volksgezondheid.[1232] In de loop van de jaren dertig sloten zich 52 organisaties bij Kortenhorsts vereniging aan. De eerste voorzitter was de politicus en latere Minister van Justitie J.R.H. van Schaik en de wetenschappelijke inbreng in het bestuur kwam van Carp, de pedagoog J. Hoogveld, de strafrechtsgeleerde Pompe en de psychologen F. Roels en F.J.Th. Rutten. Zoals gebruikelijk in de katholieke zuil werd er een geestelijke adviseur aangesteld: de redemptorist W.J.A.J. Duynstee, gezaghebbend moraaltheoloog en hoogleraar in het strafrecht.[1233]

Hoewel Kortenhorst, die als secretaris-penningmeester van de vereniging optrad, zich inzette voor een professionele benadering, was de waardering van wetenschappelijke kennis in hoge mate afhankelijk van de roomse leer. De woordvoerders van de vereniging stelden geestelijke gezondheid op één lijn met zedelijkheid. Een onwankelbaar geloof en de naleving van de katholieke moraalregels vormden in hun ogen niet alleen de grondslag voor het individuele zieleheil, maar ze waren tevens de voorwaarde voor de geestelijke volksgezondheid. 'De katholieke kerk heeft steeds door haar leer en haar moraal de geestelijke volksgezondheid ten zeerste bevorderd', meende Kortenhorst. 'Was de menschheid met haar verzwakten wil in haar oogenblikken van angst en zorg, begeerte- en driftspanningen zich volkomen meester en bewust van de verheven leer der Kerk, wat al stoornissen zouden vermeden zijn!'[1234] Aangezien het katholicisme 'ook psychologisch de meest aanvaardbare oplossing' bood voor levensproblemen, kreeg de priester een belangrijke taak toegewezen in de geestelijke gezondheidszorg. Door zijn morele overwicht kon hij als maatschappelijk werker in samenwerking met de psychiater de genezing bevorderen, zo betoogde de priester H. Bless, die werkzaam was als zielzorger in het gesticht Voorburg en zich bezighield met de ontwikkeling van een nieuwe specialisatie, de pastoraal psychiatrie.[1235]

[1231] Kortenhorst 1930a, 406.
[1232] Kortenhorst 1930a, 402-403.
[1233] Westhoff 1996, 43-51.
[1234] Kortenhorst 1930b, 148-149; vergelijk Abma 1981-82; Pols 1988a.
[1235] Bless 1935, 103.

De samenwerking van priesters, artsen en opvoeders was een belangrijk aandachtsveld in zowel de Charitatieve Vereeniging als de R.K. Artsenvereeniging. De bepleite maatregelen bestonden voor een groot deel uit het vermijden van 'gevaarlijke' situaties die de zonde uitlokten, en een morele (her)opvoeding tot standvastigheid en verantwoordelijkheid, waardoor mensen zich uit vrije wil aan de moraal hielden. Het medisch en psychologisch inzicht van de professionele hulpverlener stond in dienst van de handhaving van de geloofswaarden en gewetensvorming, vooral op het terrein van huwelijk, gezin en seksualiteit. Dit gedachtegoed werd voor een breed publiek uitgedragen door middel van de uitgave van brochures en voordrachten voor de KRO-radio. De 39 publicaties van de Charitatieve Vereeniging, die in de jaren dertig in oplagen van tweeduizend verschenen, besteedden onder andere aandacht aan moeilijkheden bij kinderen en jeugdigen, de betekenis van gezin, arbeid en sport voor de geestelijke volksgezondheid, de rol van priesters, onderwijzers en artsen op psychohygiënisch terrein, seksuele opvoeding, eugenetische kwesties als sterilisatie en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk, beroepskeuze, de psychoanalyse, ongehuwd moederschap, zenuwkwalen en de zielzorg voor psychopaten.[1236]

Behalve met een godsdienstig-morele profilering onderscheidde de katholieke vereniging zich ook van de neutrale NVGV door zich niet alleen op studie, discussie en voorlichting, maar ook op de organisatie van de concrete hulpverlening te richten. Het plan van Kortenhorst om consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid op te zetten, waarin hij de psychiatrische voor- en nazorg wilde onderbrengen, stuitte echter op grote weerstand van katholieke gestichtsartsen die deze laatste vanuit de inrichtingen wilden organiseren. Een jaar later kwam vanuit de grootste katholieke inrichting, Voorburg in Vught, een buitendienst met spreekuren in verschillende Brabantse steden tot stand. Volgens Kortenhorst waren de door hem voorgestane consultatiebureaus bedoeld voor zowel volwassen geesteszieken als achterlijke en in hun ontwikkeling bedreigde kinderen en vereisten zij derhalve behalve medisch-psychiatrische en verpleegkundige ook psychologische en pedagogische deskundigheid. Bovenal moesten zij aansluiten bij de gezondheidszorg en niet bij het krankzinnigenwezen. Met steun van de R.K. Artsenvereeniging, het Wit-Gele Kruis en gedeputeerde staten van Noord-Brabant won hij het pleit, ook al hield de geneesheer-directeur van Voorburg wel enige zeggenschap over de voor- en nazorg in deze provincie.

Tussen 1934 en 1941 kwamen behalve in Noord-Brabant ook in Overijssel, Zuid-Holland, Gelderland, Limburg en Utrecht onder auspiciën van de katholieke kruisverenigingen in totaal 26 consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid van de grond - in feite ging het om wekelijkse of tweewekelijkse spreekuren in stedelijke centra, vaak op marktdagen.[1237] Enkele daarvan richtten zich uitsluitend op de voor- en nazorg van psychiatrische patiënten ofwel op de sociaal-psychiatrische hulpverlening aan moeilijk opvoedbare, gestoorde en zwakzinnige kinderen, maar de meeste hielden zich met beide categorieën bezig. Deze laatste waren de eerste gemeenschappelijke ambulante voorzieningen voor verschillende doelgroepen, zowel volwassenen als kinderen en zowel patiënten met ernstige stoornissen als mensen met lichtere defecten.[1238] Wat de bemensing betreft waren de bureaus bescheiden van opzet. De voor- en nazorg bleef,

[1236] Westhoff 1996, 49-51, 665-666.
[1237] Westhoff 1996, 69-74; Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 7-10.
[1238] Van der Grinten 1987a, 104.

zoals voorheen, in handen van gestichtsartsen en (wijk)verpleegkundigen en bij de spreekuren voor kinderen, waar vooral lichamelijk en geestelijk gehandicapten werden aangemeld, waren naast psychiaters, kinderartsen en verpleegkundigen die enige psychiatrische en psychologische bijscholing hadden genoten, enkele psychologen en pedagogen betrokken.[1239]

Naast deze sociaalpsychiatrische consultatiebureaus richtten katholieken vanaf 1935 Bureaus voor Huwelijksvoorlichting op. Directe aanleiding daarvoor waren de activiteiten van de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) op het gebied van geboortenregeling, die in een grote behoefte bleken te voorzien. De sterke stijging van zijn ledental tussen 1927 en 1939 van ruim 7.000 tot bijna 29.000 hing samen met de mogelijkheid om via de vereniging aan goedkope en betrouwbare voorbehoedsmiddelen te komen. Bovendien richtte de NMB in de jaren dertig een negentiental door artsen geleide 'Adviesbureaus voor Geslachtsleven, Huwelijk en Geboorteregeling' op, de zogenaamde Rutgershuizen, in Amsterdam Aletta Jacobshuis geheten. De twee bureaus die eind jaren dertig in Amsterdam bestonden, hadden elk een psychiater als hoofd: C. van Emde Boas en A.C. Oerlemans. Zij introduceerden psychologische en in het bijzonder psychoanalytische, zowel Freudiaanse alsook Reichiaanse, inzichten in de NMB en schreven, evenals de Haagse zenuwarts J.Ph. Tuyt, handleidingen op het gebied van geboorteregeling. Van Emde Boas' *De periodieke onvruchtbaarheid en haar betekenis voor de regeling van het kindertal* (1934), de populaire bewerking van een studie waarop hij tevergeefs - geen hoogleraar durfde zijn reputatie ermee op het spel te zetten - probeerde te promoveren, kreeg tussen 1934 en 1961 tien herdrukken. Oerlemans en Tuyt schreven de zogenaamde *Middelenboekjes*, waarvan er voor de oorlog meer dan 300.000 werden verspreid.[1240]

Toen bleek dat nogal wat katholieken te rade gingen bij de NMB, kwam de R.K. Artsenvereeniging met instemming van de bisschoppen in het geweer ten einde een eigen katholieke huwelijksvoorlichting op te zetten als alternatief en tegenwicht. De katholieke artsenorganisatie, die zich opwierp als verdediger van de roomse moraal en fel bestrijder van het nieuw-malthusianisme, stelde in 1935 voor om consultatiebureaus in te richten waarin moraaltheologen, psychologen, psychiaters, gynaecologen, dermatologen en huisartsen bijstand verleenden bij diverse huwelijksmoeilijkheden. Vanwege het sterk medische karakter en de hoge kosten ervan kon dit plan niet de goedkeuring van het episcopaat wegdragen. Een beperktere opzet, waarin de zielzorg voorop stond, kreeg wel instemming van het kerkelijk gezag en een jaar later begonnen in het bisdom 's-Hertogenbosch vijf katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting hun werkzaamheden, in 1939 en 1941 gevolgd door de bisdommen Utrecht en Haarlem met elk zeven bureaus. In de bisdommen Breda en Roermond kwamen ze pas na de oorlog tot stand. Aan deze bureaus waren priesters en (huis)artsen verbonden, die pro Deo enkele uren per week aan dit werk besteedden. Zij hielden afzonderlijk spreekuur aan huis en hun werkzaamheden beperkten zich tot advisering, voorlichting en desnoods verwijzing naar andere hulpverleners. Deze hulpverlening was gratis en kerkelijke organen gaven er bekendheid aan.

Als kerkelijke instellingen waren de bureaus per bisdom georganiseerd, vielen ze onder het gezag van de bisschoppen en boden ze in de eerste plaats een bijzondere vorm

---

[1239] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 8-10; Kraft 1963, 11.
[1240] Nabrink 1978, 100, 107, 115-116, 124-134; De Bruijn 1979, 116; Damsma 1988, 230.

van zielzorg gericht op het instandhouden van de katholieke huwelijks- en voortplantingsmoraal. Pas na de Tweede Wereldoorlog zouden deze bureaus echt aansluiting vinden bij het terrein van de geestelijke volksgezondheid.[1241] De toeloop naar deze bureaus was verre van overweldigend. Alleen wat de toepassing van de periodieke onthouding betreft, de door de arts J.N.J. Smulders in 1931 geïntroduceerde 'natuurlijke' vorm van geboorteregeling, voldeden ze aan een zekere behoefte. Periodieke onthouding, het afzien van geslachtsverkeer gedurende de vruchtbare periode van de vrouw, was de enige vorm van anticonceptie die de kerk met de nodige mitsen en maren duldde. Hoewel moraaltheologen deze methode alleen bij zwaarwegende redenen en als noodmaatregel toelaatbaar achtten - onder geen beding mocht zij een vrijbrief worden voor seksueel verkeer alleen omwille van het genot - gingen in de jaren dertig steeds meer katholieken, al dan niet met instemming van priesters, gebruik maken van deze mogelijkheid. Vanwege de gewetensconflicten die konden ontstaan en de vereiste kennis om deze methode toe te passen was er behoefte aan morele en medische begeleiding.[1242]

Terwijl met name de gereformeerden vanaf het eind van de negentiende eeuw met veel élan hun eigen krankzinnigenzorg hadden ontwikkeld en daarin vernieuwingen tot stand hadden gebracht, bleven de protestantse activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid beperkt vergeleken met de neutrale en katholieke initiatieven. De psychiater en theoloog J. van der Spek nam het voortouw bij de oprichting van de Nederlandsch Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid in 1934 met de theoloog en politicus J.R. Slotemaker de Bruïne als voorzitter en Van der Spek als secretaris en vicevoorzitter. De oprichting van de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag in hetzelfde jaar ging uit van de Vereeniging van Christelijke Psychiaters en kreeg steun van de Calvinistische Juristen-Vereeniging en de Vereeniging van Christelijke Psychologen.[1243] De politicus J. Donner werd voorzitter en A. Hutter, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, secretaris.

Beide protestantse verenigingen, die geregeld samenwerkten, organiseerden lezingen en studiebijeenkomsten, gaven voorlichting en verzorgden publicaties, maar dat alles nam niet zo'n hoge vlucht als bij hun katholieke tegenhanger.[1244] De protestantse organisaties beperkten zich voornamelijk tot bezinning en zetten vooralsnog geen consultatiebureaus op, mede doordat zij in tegenstelling tot de katholieken niet beschikten over een landelijke infrastructuur als de kruisorganisaties - pas in 1946 kwam het Oranje-Groene Kruis, de protestantse pendant van het Wit-Gele Kruis, tot stand. Daarentegen werd het inrichtingswezen in protestantse kringen centraler gecoördineerd dan dat in de katholieke wereld, waar de gestichten uitgingen van congregaties en plaatselijke notabelen, en er pas vanaf 1928 sprake was van een landelijk overleg in de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen. Sinds 1884 bestond de gereformeerde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken in Nederland, die tussen 1884 en 1926 vijf inrichtingen, een sanatorium en een universiteitskliniek stichtte. Daarnaast kwam in 1927 de Vereeniging Nederlandsch Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Zielszieken tot stand, die twee inrichtingen

---

[1241] Bless 1948; Hoegen 1952; Pols 1989; Westhoff 1996, 95-104.
[1242] Westhof 1986.
[1243] Over de Vereeniging van Christelijke Psychiaters is ons verder niets bekend.
[1244] Donner 1959.

opzette. Deze organisaties zagen nieuwe, extramurale psychiatrische instellingen als concurrentie en zij belemmerden de ontplooiing van de protestantse verenigingen en voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid.[1245] Bovendien bestonden er in protestantse kringen minder bezwaren om van algemene instellingen gebruik te maken.

Desondanks legden protestanten het fundament voor een vorm van hulpverlening die vanaf de Tweede Wereldoorlog een belangrijke plaats in het werkveld van de geestelijke volksgezondheid zou innemen. Evenals onder de katholieken bestond in protestantse kring ongerustheid over de vermeende ondermijning van huwelijk en gezin als gevolg van moderniseringsverschijnselen, de populariteit van de NMB-bureaus, de economische crisis en de met dit alles gepaard gaande aantasting van geloof en normbesef. In Rotterdam begon een aantal protestants-christelijke organisaties in 1935 met dagelijkse spreekuren voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, waarbij predikanten, artsen (onder wie een psychiater), maatschappelijk werkers, een pedagoog en een jurist betrokken waren. Velen van hen waren actief in zedelijkheidsorganisaties als de Middernachtzending en de Nederlandsche Vereeniging voor Zedelijke Volksgezondheid, de opvolger van de Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding van Geslachtsziekten.[1246] Het onbehagen over het toenemende aantal echtscheidingen en gezinsontwrichtingen tijdens de crisisjaren vormde hierbij de drijfveer. Deze spreekuren, die in een behoefte bleken te voorzien en waarop mensen zich meldden met een grote verscheidenheid aan problemen, niet alleen huwelijks- en opvoedingsmoeilijkheden, maar ook juridische vragen, materiële nood en huisvestingskwesties, vormden de directe voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, dat vanaf de Tweede Wereldoorlog een deel van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid voor zijn rekening zou nemen.[1247]

2.5.5. *Drankverslavingszorg*

De psychiatrische bemoeienis met alcoholisme kreeg vanaf het midden van de jaren twintig ruggesteun van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en werd vanaf het begin ook tot dit nieuwe werkterrein gerekend.[1248] K.H. Bouman, pionier op het gebied van de extramurale psychiatrische behandeling van alcoholisten, was een belangrijke voortrekker op het gebied van de geestelijke hygiëne en ook Van der Spek was nauw betrokken bij de drankbestrijding. Mede in verband met de psychohygiënische nadruk op preventie bleef de uit de negentiende eeuw stammende degeneratietheorie, waarin de erfelijke gevolgen van alcoholgebruik centraal stonden, van invloed en kwamen ook regelmatig eugenetische maatregelen ter sprake. Bouman, die al eerder alcoholisme had aangewezen als een oorzaak van degeneratie, onder andere in zijn oratie, hield in 1930 op het internationale congres voor geestelijke hygiëne in Washington een voordracht waarin hij nogmaals onderstreepte dat drankmisbruik schadelijk was voor het nageslacht.[1249] Ook de Rotterdamse gestichtsarts Frets, die in zijn dissertatie *Alcohol and the other Germ Poisons* (1931) veel aandacht besteedde aan drankverslaving, benadrukte het gevaar van

---

[1245] Van der Grinten 1987a, 80-89.
[1246] Koenders 1996, 284.
[1247] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 18; Lekkerkerker 1947c, 5; Van der Grinten 1987a, 72.
[1248] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 179-182.
[1249] Van der Stel 1995, 239, 269.

'kiembeschadiging'. In tegenstelling tot in Duitsland, waar soortgelijke ideeën uitmondden in gedwongen sterilisatie van grote aantallen alcoholisten, had het erfelijkheidsdenken in Nederland geen praktische consequenties. Sommige psychiaters, zoals Carp, betwijfelden het nut van erfelijkheidsonderzoek op dit terrein.[1250]

Meer in het algemeen kon het alcoholisme nog steeds niet op een overweldigende medische belangstelling rekenen. Op een vergadering van de NVGV in 1930 klaagde de drankbestrijder F. Delhez over de geringe waardering voor zijn werk onder artsen, terwijl alcohol toch uitermate schadelijk was voor de geestelijke volksgezondheid.[1251] De kleine groep van principiële geheelonthouders onder artsen raakte danig in verwarring toen Rümke, zelf geheelonthouder, in 1935 voor de Artsen Geheelonthouders Vereeniging een voordracht hield over 'de psychologie van den geheel onthouder'. Op basis van zijn eigen ervaring in psychotherapeutische behandelingen bracht hij niet het overmatige drankgebruik, maar integendeel abstinentie in verband met neurotische stoornissen. Sommige geheelonthouders zouden volgens Rümke behept zijn met narcisme, misplaatste superioriteitsgevoelens en een pathologische angst voor het driftleven.[1252]

Rümke stond met zijn provocerende uitlatingen alleen in de psychiatrische wereld. Terwijl in de jaren twintig de aandacht van psychiaters evenals voorheen vooral uitging naar de schadelijke *gevolgen* van alcoholisme, verschoof in de jaren dertig het accent naar de psychopathologische *oorzaken* ervan. Met name de aan het Wilhelminagasthuis verbonden zenuwarts W. Kat, die vanaf 1933 tevens leiding gaf aan het Amsterdamse consultatiebureau, en A.M. Meerloo, werkzaam in Maasoord, brachten naar voren dat drankmisbruik een symptoom was van psychische afwijkingen en geestesstoornissen. Deze meer specifiek psychiatrische benadering won aan invloed toen de feitelijke drankconsumptie in de maatschappij tot een laagtepunt was gedaald.[1253] De toenemende sociale disciplinering en zelfbeheersing, met name als gevolg van de emancipatie en verburgerlijking van geschoolde arbeiders, droegen ertoe bij dat het voorheen gebruikelijke stevige alcoholgebruik in openbare gelegenheden minder massaal was geworden en dat de sociale drankbestrijding aan relevantie had ingeboet. Naarmate drinkgelagen als wijdverbreid en zichtbaar sociaal fenomeen werden teruggedrongen, lag het voor de hand om de resterende, relatief kleine groep van drinkebroers als psychopathologische categorie te benoemen en als ziektegevallen te behandelen. De forse daling van de drankconsumptie in de eerste decennia van de twintigste eeuw, het blijvend lage peil ervan tot het begin van de jaren zestig en de vermindering van de maatschappelijke tolerantie ten aanzien van buitensporig drinken liepen parallel aan de groeiende invloed van een medisch-psychiatrische benadering waarin het als individueel probleem, als verslavingsziekte gold. Dat nam niet weg dat in de behandelingspraktijk, bijvoorbeeld in de consultatiebureaus voor alcoholisme, de morele heropvoeding de toon bleef aangeven.[1254]

De consultatiebureaus voor alcoholisme maakten in het interbellum een groei door waarbij de Amsterdamse voorziening verreweg de grootste bleef. Rond 1940 bood deze werk aan een directeur, twee adjunct-directeuren, een zenuwarts, een administratrice

---

[1250] Van der Stel 1995, 269.
[1251] Delhez 1930.
[1252] Van der Stel 1995, 241.
[1253] Van der Stel 1995, 229; De Rooy 2001, 126.
[1254] Van der Stel 1995, 135, 229, 238.

en twee bodes. Het gemiddelde aantal nieuwe patiënten per jaar schommelde in de jaren tien en twintig rond 200 en in de jaren dertig rond 350. Het totaal aantal consultaties per jaar liep op van zo'n 440 in 1910 tot meer dan 25.000 in 1938.[1255] Zowel Bouman als Kat beweerden dat het aantal alcoholisten in Amsterdam dankzij het consultatiebureau was gedaald.[1256] In de rest van Nederland bestonden 22 consultatiebureaus, waarvan er 12 een katholieke, één een protestants-christelijke en de rest, evenals het Amsterdamse bureau, een neutrale signatuur hadden. In toenemende mate ontwikkelden de bureaus zich tot centrale instellingen voor de drankverslavingszorg, waarbij de nadruk op maatschappelijk werk lag en naast heropvoeding ook sociale en zo nodig materiële ondersteuning werd geboden.[1257] In 1926 werd de Federatie van Reddingswerk voor Alcoholisten opgericht, waarbij behalve de neutrale en een deel van de katholieke consultatiebureaus ook vier sanatoria en een aantal alcoholvrije lokalen en reddingsbrigade's waren aangesloten, maar deze koepelorganisatie speelde nauwelijks een actieve rol.[1258]

Hoewel de dossiers van het Amsterdamse bureau met hun nadruk op psychopathische stoornissen, zenuwaandoeningen en erfelijke belasting blijk geven van een medisch-psychiatrische optiek, was de hulpverlening niet zozeer medisch als wel pedagogisch van aard en gericht op het aanleren van zelfbeheersing ter bevordering van de maatschappelijke rehabilitatie.[1259] De medisch leider, Kat, stelde dat het medisch onderzoek ondergeschikt was aan de sociale aanpak. Terwijl de patiënten van het Amsterdamse consultatiebureau in de beginperiode allemaal een medisch onderzoek ondergingen voordat zij de gang naar de 'sociale leider' oftewel maatschappelijk werker van het bureau maakten, werd deze volgorde later omgedraaid en vond het alleen plaats wanneer deze dit nodig achtte.[1260]

Daarnaast vervulden de bureaus een belangrijke justitiële functie als reclasseringsinstellingen. Sinds 1915 was het mogelijk om bij voorwaardelijke veroordelingen als voorwaarde geheelonthouding en behandeling door een consultatiebureau op te leggen. Voorts konden op basis van de TBR en de ondercuratelestelling dwangmaatregelen worden opgelegd aan drankzuchtigen die de wet hadden overtreden. In het kader van de reclassering kregen de bureaus tot taak om rechters van advies te dienen en toezicht uit te oefenen op (voorwaardelijk) veroordeelde alcoholisten, een taak die zich in het interbellum uitbreidde vanwege een verscherping van het vervolgingsbeleid ten aanzien van openbare dronkenschap, ordeverstoring en het toenemende aantal verkeersovertredingen onder invloed van alcohol.[1261] Hoewel de consultatiebureaus waren opgezet vanuit de gedachte dat de hulp op basis van vrijwilligheid en vertrouwen diende plaats te hebben, brachten de reclasseringswerkzaamheden een toename van dwang en drang met zich mee. De reclasseringstaak was van groot belang voor de consultatiebureaus, omdat deze erkenning van de overheid met zich meebracht en een belangrijke bron van vaste subsidie-inkomsten vormde. Ruim zestig procent van de patiënten op het Amsterdamse bureau

[1255] Kat 1941, 457; vergelijk Van der Stel 1995, 248-249.
[1256] Bouman 1929; Kat 1941.
[1257] Van der Stel 1995, 248, 250.
[1258] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 182; Van der Stel 1995, 246.
[1259] Van der Stel 1995, 251-252.
[1260] Kat 1941, 460.
[1261] Van der Stel 1995, 224.

kwam daar terecht in verband met justitieel ingrijpen.[1262] Deze tendens verscherpte zich aan het begin van de Tweede Wereldoorlog: enerzijds verminderde de drankconsumptie verder en daalde het aantal patiënten, anderzijds was er, zo meldde Kat, sprake van toenemende criminaliteit onder invloed van alcohol, waardoor de werkzaamheden van zijn bureau zich steeds meer op justitieopdrachten concentreerden.[1263] Kats analyse zou kunnen duiden op een toegenomen criminalisering van misdragingen onder invloed van alcohol.

2.5.6. *Moeilijke kinderen*

Nadat het initiatief van K.H. Bouman en de zijnen was verzand, kreeg het nieuwe werkterrein van de geestelijke volksgezondheid onder invloed van Amerikaans voorbeeld een nieuwe impuls van buiten de psychiatrie. Op initiatief van de juriste E.C. Lekkerkerker, die belangstelling had voor de kinderbescherming en de reclassering, werd in 1928 in Amsterdam naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Child Guidance Clinic* het eerste Nederlandsche Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen, vanaf 1937 Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) geheten, opgericht. Deze nieuwe voorziening, bedoeld voor moeilijk opvoedbare kinderen en jeugdige delinquenten, was niet zozeer in de psychiatrie als wel in de juridische sfeer, de kinderbescherming, de opvoedkunde en het onderwijs geworteld. Desondanks zou juist het MOB de eerste aanzet geven tot een psychotherapeutische benadering op psychohygiënisch gebied.

Al sinds de eeuwwisseling waren er, mede onder invloed van de leerplichtwet en de kinderwetten, diverse initiatieven ontplooid gericht op kinderen met leer-, gedrags- en opvoedingsproblemen. De leerplichtwet en de invoering van jaarklassen op scholen bevorderde de aandacht voor de intellectuele en ook morele en emotionele ontwikkeling van kinderen. Het onderwijssysteem en de schoolorde vereisten een cumulatieve intellectuele ontwikkeling en beheerst gedrag van kinderen. Aangezien sommige leerlingen hieraan niet voldeden, ontstond er behoefte aan diagnostische instrumenten om hun verstandelijke vermogens te meten ten einde te bepalen of zij speciale aandacht en hulp nodig hadden ofwel beter terechtkonden op speciale scholen.[1264] Op instigatie van de arts G.A.M. van Wayenburg, sinds 1906 privaat-docent pedologie aan de Universiteit van Amsterdam, kwam in 1911 het Amsterdamsch Paedologisch Gezelschap tot stand. De pedologie liet zich inspireren door zowel medische-psychiatrische als psychologische en pedagogische inzichten. Het Gezelschap organiseerde in 1913 het Eerste Nederlandsche Congres voor Kinderstudie, waarop de psychiater Wiersma verslag uitbracht van zijn ervaringen met de Binet-Simon-intelligentietest die hij op 141 kinderen had toegepast. De arts D. Herderschêe paste deze test aan de Nederlandse omstandigheden aan en zette deze in om te bepalen welke leerlingen zwakbegaafd of imbeciel waren. Deze Binet-Herderschêe test werd vanaf 1919 in het onderwijs ingevoerd en bleef tot in de jaren zestig in gebruik.

Hoewel enkele leden van het Paedologisch Gezelschap, onder wie K.H. Bouman en Herderschêe, actief waren in de eugenetische beweging, gingen de intelligentiemetingen in Nederland nauwelijks gepaard met discussies over de

[1262] Van der Stel 1995, 250-251.
[1263] Kat 1941.
[1264] Van der Wurff 1990, 105.

erfelijkheid van intelligentie en eventuele eugenetische maatregelen.[1265] Hier richtte de aandacht zich veel meer op bijzondere pedagogische maatregelen, waarbij de Duitse *Heilpädagogik*, die in Nederland orthopedagogiek ging heten, grote invloed kreeg. Naast het Buitengewoon Lager Onderwijs en de BLO-nazorg voor zwakzinnige kinderen ontstonden ook speciale scholen voor moeilijk opvoedbare kinderen. De eerste speciale onderwijsinstelling kwam in 1915 tot stand op initiatief van de Rotterdamse onderwijzer D. Zwiep, die daarbij ook een psychiater inschakelde. In 1929 werd een consultatiebureau voor moeilijke kinderen aan deze school verbonden.[1266] Over het algemeen waren zenuwartsen slechts zijdelings en incidenteel betrokken bij het speciale onderwijs voor zwakzinnige en moeilijk opvoedbare kinderen: onderwijzers, pedagogen en maatschappelijk werkers gaven de toon aan op dit werkterrein, dat overigens wel tot het gebied van de geestelijke volksgezondheid werd gerekend.[1267]

De kinderwetten, die in 1905 in werking traden, waren gericht op jeugdige wetsovertreders en kinderen die door gebrek aan opvoeding dreigden te ontsporen. Het strafrechtelijke onderdeel van deze kinderwetten regelde de speciale behandeling van delinquente kinderen en jongeren. Daarmee verschoof het accent van bestraffing naar verbetering en preventie door middel van heropvoeding in opvoedingsgestichten en tuchtscholen en ging de aandacht in het bijzonder uit naar de achterliggende oorzaken van hun misdadig gedrag: hun persoonlijkheidskenmerken en de gezinsomstandigheden waarin ze opgroeiden.[1268] In 1921 werd de aparte rechtsgang voor kinderen bezegeld met de instelling van kinderrechters. Daarnaast bood het civielrechtelijke onderdeel van de kinderwetten de rechter en de kinderbescherming de mogelijkheid om ten bate van verwaarloosde en bedreigde kinderen in gezinnen te interveniëren en zonodig de ouders de zeggenschap over hun kroost te ontnemen. Al vanaf 1896 waren in Amsterdam en andere steden Pro Juventute verenigingen actief om ouders op vrijwillige basis te ondersteunen bij de opvoeding door het aanstellen van toezichthouders, aanvankelijk voor jeugdige delinquenten, maar daarna ook voor andere kinderen. Met de kinderwetten kon het gezag over kinderen onder dwang van hun ouders worden overgedragen op voogdijraden en verenigingen en kregen deze tot taak om hen onder te brengen bij pleeggezinnen of opvoedingsgestichten. Naast de ontzetting uit de ouderlijke macht werd in 1921 bij wet een minder verstrekkende maatregel mogelijk door de invoering van de gezinsvoogdij, die de ouders de zeggenschap over hun kinderen niet ontnam, maar deze wel beperkte door het gezin onder toezicht te stellen. Op deze manier viel druk op ouders uit te oefenen om hun kinderen in het gareel te houden, wilden ze de ouderlijke macht niet verliezen.[1269] In het kader van de kinderwetten adviseerden psychiaters rechters en speelden ze een rol in de observatiehuizen ten behoeve van de residentiële heropvoeding.[1270]

In de juridische en pedagogische bemoeienis met zwakzinnige, moeilijk opvoedbare, ontspoorde en verwaarloosde kinderen en jongeren stond de falende opvoeding en het schadelijke gezinsmilieu centraal. In discussies over het zogenaamde

---

[1265] Mulder 1993, 128
[1266] Kraft 1963, 4-5.
[1267] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 112-156.
[1268] Nijnatten 1986, 30-31.
[1269] De Regt 1984, 128-129.
[1270] Abma en Weijers 2004, 86.

'jeugdvraagstuk', dat tijdens de Eerste Wereldoorlog op de maatschappelijke agenda kwam te staan, werd ook voortdurend gewezen op slechte invloeden vanuit de moderne maatschappij waarvoor jongeren in het bijzonder vatbaar zouden zijn: het toenemende materialisme, het gebruik van genotmiddelen, de populariteit van café, dancing en bioscoop, geloofsafval en de aantrekkingskracht van de grote stad. Naar aanleiding van klachten over de baldadigheid van de jeugd deed een Staatscommissie in 1915 onderzoek naar jongeren tussen dertien en achttien jaar. In haar verslag, dat vier jaar later uitkwam, stond te lezen dat de door industrialisatie en verstedelijking teweeggebrachte demoralisering nog eens was verergerd door de oorlog. Aangezien de 'volkskracht' in het geding was, zouden jongeren meer begeleiding moeten krijgen ter bevordering van hun karakter- en persoonlijkheidsvorming.[1271] Dit pleidooi kreeg bijval van psychologen en opvoedkundigen die betoogden dat puberteit en adolescentie de beslissende, maar tegelijkertijd kwetsbare levensfasen in de ontwikkeling naar volwassenheid vormden. Om de overmatige en ongecontroleerde jeugdige energie in goede banen te leiden en van jongeren verantwoordelijke burgers te maken was naast het gezin en de school een derde pedagogisch milieu nodig in de vorm van een georganiseerde jeugdbeweging. In het interbellum kwamen in Nederland diverse, grotendeels verzuilde jeugdorganisaties tot stand, waarvan in de jaren dertig een derde van alle jongeren tussen twaalf en twintig jaar lid was. [1272]

De beweging voor geestelijke volksgezondheid vroeg uitdrukkelijk aandacht voor zwakzinnige, misdadige en verwaarloosde kinderen - in 1933 wijdde de NVGV onder de noemer van het 'onmaatschappelijke kind' een congres aan deze probleemgroepen - en wees in dit verband op het gevaar dat sociaal zwakke gezinnen en de ongeorganiseerde 'massajeugd' vormden. Gezien het preventiestreven dat de psychohygiënisten in hun vaandel voerden, lag het volgens Lekkerkerker en haar geestverwanten voor de hand dat concrete inspanningen ten bate van de geestelijke volksgezondheid zich in het bijzonder op het kind en het gezin als het primaire opvoedingsmilieu richtten.[1273] Tijdens een studieverblijf in de Verenigde Staten had zij aldaar kennis genomen van de *Child Guidance Clinic*, die was bedoeld om onaangepast en misdadig gedrag bij kinderen te voorkomen. Daarbij waren behalve psychiaters en psychologen psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werksters ingeschakeld. Het psychiatrisch-sociaal werk was aan het begin van de eeuw in Amerikaanse psychiatrische klinieken ontstaan in samenhang met nieuwe opvattingen over het belang van sociale relaties bij diagnose en therapie.[1274]

De Amerikaanse beweging voor psychohygiëne had de koers rond 1920 verlegd van de hervorming van de gestichtspsychiatrie en de preventie van geestesziekte bij volwassenen naar de psychologische behandeling van moeilijk opvoedbare kinderen en jeugdige delinquenten. De aanpak die Lekkerkerker voorstond, knoopte bij dit Amerikaanse voorbeeld aan: een multidisciplinaire werkwijze met een psychodynamische en preventieve oriëntatie. Zij zocht na haar terugkomst uit de Verenigde Staten in eerste instantie geen aansluiting bij Boumans vereniging en de bestaande klinisch-psychiatrische voorzieningen voor kinderen, maar bij de

[1271] De Rooy 2001, 174.
[1272] Schuursma 2000, 63-64; De Haan 2003.
[1273] Vergelijk Groeneveld 1931.
[1274] Schlatmann en Wolff 1985.

kinderbescherming en reclassering.[1275] Daar bestond belangstelling voor de begeleiding en opvoeding van bedreigde kinderen en de mogelijkheid om door middel van vroegtijdig ingrijpen ontsporingen te voorkomen. De Alkmaarse kinderrechter en secretaris van het Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen, N. Muller, gaf Lekkerkerker gelegenheid om in het *Maandblad voor Berechting en Reclassering* (1926 en 1927) verslag te doen van haar ervaringen met de *Child Guidance Clinics*. Muller drukte Lekkerkerker op het hart het woord psychiatrisch zoveel mogelijk te vermijden en in de inleiding op de serie artikelen schreef zij dan ook dat de lezer niet moest denken dat zij en andere deskundigen 'nu […] werkelijk weer alles gaan psychiatriseren'.[1276]

Het Genootschap bracht een zestigtal belangstellenden uit de wereld van de kinderbescherming, onderwijs, gezondheidszorg en - desondanks - psychiatrie bij elkaar. Tezamen met de hoogleraren pedagogiek J.H. Gunning en Ph. Kohnstamm, de sociaal-psychiater Meijers en twee bestuursleden van het Genootschap nam Lekkerkerker zitting in een voorbereidingscommissie.[1277] De psychiater P.H.C. Tibout, de voormalige assistente van de Groningse hoogleraar Wiersma, en twee maatschappelijk werksters maakten op hun beurt een studiereis naar de Verenigde Staten om nader kennis te nemen van de werkwijze van de *Child Guidance Clinics*. Aangezien de beoogde nieuwe voorziening voor het 'geestelijk bedreigde kind' vanwege de multidisciplinaire opzet en de gerichtheid op advies, voorlichting, preventie en behandeling niet strikt tot bestaande werksoorten als gezondheidszorg, psychiatrie, kinderbescherming en maatschappelijk werk behoorde, werd besloten tot de oprichting van een aparte organisatie. In 1927 kwam de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (vanaf 1938 De Nederlandsche Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaux genaamd) tot stand met Gunning als voorzitter - in 1932 opgevolgd door Rümke en in 1938 door Van der Hoop -, Meijers als vicevoorzitter en Lekkerkerker als secretaris. Meijers stelde voor dat de nieuwe vereniging zich aansloot bij zijn Centrale Vereeniging, maar vooral Lekkerkerker keerde zich daartegen omdat elke associatie met de voor- en nazorg voor krankzinnigen ouders en andere opvoeders zou kunnen afschrikken. Bovendien stond zij, naar Amerikaans voorbeeld, een min of meer egalitaire organisatiestructuur voor waarin psychiaters niet per definitie de boventoon voerden, maar op basis van gelijkheid met andere deskundigen samenwerkten.

In 1928 zag de eerste lokale afdeling het licht, de Amsterdamsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, die op haar beurt het eerste consultatiebureau oprichtte. Meijers stelde ruimte bij de GG en GD beschikbaar. De opbouw van het bureau was eerst in handen van de maatschappelijk werkster J.C.G. de Ranitz en daarna van Tibout, die na haar verblijf in de Verenigde Staten met een Amerikaanse studiebeurs naar Wenen reisde om de laatste ontwikkelingen in de *Heilpädagogik*, met name de introductie van psychoanalytische inzichten, te bestuderen.[1278] Tibout, die behalve door De Ranitz door een (vrouwelijke) kinderarts werd geassisteerd, had grote invloed op de invulling van de werkwijze van het eerste

[1275] Kraft 1963, 5-6.
[1276] Van der Grinten 1987a, 59.
[1277] Lekkerkerker 1952a, 4.
[1278] Tibout 1948.

MOB, dat dus geheel uit vrouwen bestond.[1279] Vanaf het begin profileerde het zich met een multidisciplinaire en professionele aanpak, waarmee het model stond voor de latere ontwikkeling van andere ambulante voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid. De werkzaamheden omvatten voorlichting, advies, onderzoek, begeleiding en behandeling. Ten einde de oorzaken van gedragsstoornissen op te sporen, werden zowel de lichamelijke en psychologische gesteldheid van het kind als het gezinsmilieu in kaart gebracht. De kinderarts was er voor het lichamelijke onderzoek en de psychiater legde zich toe op de psychologische doorlichting, waarbij gebruik werd gemaakt van psychologische tests - met name de intelligentie- en Rorschachtest - en spel- en gedragsobservatie om een indruk te krijgen van de 'intellects- en temperamentsfactoren', alsmede op de psychotherapeutische behandeling van eventuele psychische stoornissen van het kind.[1280]

Een sleutelpositie was weggelegd voor de psychiatrisch-sociaal werkster, zoals de op het terrein van de geestelijke volksgezondheid werkzame maatschappelijk werkster ging heten. Zij verrichtte de intake, deed onderzoek naar de voorgeschiedenis en het milieu van het kind, nam de anamnese op, won inlichtingen in en onderhield het contact met de ouders. Haar aanpak, zo beklemtoonden Lekkerkerker en Tibout onder verwijzing naar de experimentele psychologie en 'de verschillende scholen der diepte-psychologie', verschilde hemelsbreed van 'de intuïtieve en meer actief-beredderende wijze van werken van de vroegere maatschappelijke werkster.' Met haar kennis van 'de nieuwere psychologie' en de 'technisch-psychologische beheersing van haar houding en methoden', bezat zij het vermogen om 'rekening te houden met de gevoelsreacties van de betrokkenen' en was zij niet ondergeschikt, maar gelijkwaardig aan de psychiater.[1281] Vanwege haar psychologische scholing zou de psychiatrisch-sociaal werkster beter gekwalificeerd zijn voor dit soort werk dan de psychiatrisch verpleegkundige.[1282]

Hoewel uit de verwijzingen door kinderrechters, kinder- en schoolartsen, de kinderbescherming, de politie en andere instanties bleek dat het bureau in Amsterdam in een behoefte voorzag en er al na enkele maanden een wachtlijst ontstond,[1283] verliep de verspreiding van het MOB over de rest van het land niet zo voorspoedig als de initiatiefnemers ambieerden.[1284] Het tweede door de landelijke vereniging erkende bureau kwam in 1932 in Den Haag tot stand. Leiden, Utrecht en Rotterdam volgden in 1935, Haarlem in 1936, Zaandam in 1938 en Apeldoorn in 1942.[1285] Het gebrek aan voldoende gekwalificeerde hulpverleners - kinderpsychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters - en aan structurele financiering belemmerde dat er meer bureaus kwamen voor de oorlog. Tot 1938, toen de MOB-federatie een tweejarige cursus ging organiseren, bestond in Nederland geen opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster. De eerste veertien

---

[1279] Lekkerkerker 1952a, 11.
[1280] Tibout 1933, 241, 314.
[1281] Lekkerkerker 1938b, 29, 31; Tibout 1933, 247.
[1282] Lekkerkerker 1947b, 285.
[1283] In de eerste zeven jaar werden zo’n 640 gevallen behandeld. De meeste kinderen waren tussen zes en dertien jaar oud en tweede derde van hen waren jongens. Lekkerkerker 1938b, 38.
[1284] Lekkerkerker et al. 1938; Van der Grinten 1987a, 57-69.
[1285] Lekkerkerker 1952a, 7-8. Het bestaande Rotterdamse consultatiebureau voor moeilijk opvoedbare kinderen kreeg geen erkenning als MOB. Kraft 1963, 4-5. Hetzelfde gold voor het Joods Psychiatrisch-Pedagogisch Bureau in Amsterdam (1930), een protestants bureau in Amsterdam (1932) en het katholiek Pedologisch Instituut in Nijmegen (1936). Tibout 1948, 18.

Nederlandse psychiatrisch-sociaal werksters, onder wie Lekkerkerker zelf, kregen hun opleiding op het Child Guidance Institute in New York of de London School of Economics.[1286]

De MOB's, waarbij ook het minder draagkrachtige deel van de bevolking terecht moest kunnen, kregen in de beginjaren geen overheidssubsidies of vergoedingen door de ziekenfondsen en ze waren in hoge mate afhankelijk van de persoonlijke inzet van de stafleden zonder dat daar een vergoeding tegenover stond, alsmede van giften uit binnen- en buitenland (de Verenigde Staten en Groot-Brittannië) en bijdragen van cliënten naar draagkracht.[1287] Vanwege de precaire financiële situatie gingen er zelfs stemmen op om het MOB weer op te heffen, maar een bijdrage vanuit het in 1934 ingestelde Prophylaxefonds - waarover in het volgende hoofdstuk meer - die twintig procent van de kosten dekte, en subsidies van gemeenten (vanaf 1935), provincies (vanaf 1942) en het Ministerie van Sociale Zaken (vanaf 1946) brachten verlichting.[1288] Het bestuur van de landelijke vereniging maakte de toekenning van subsidie uit het Prophylaxefonds aan nieuwe bureaus afhankelijk van de bezetting en werkwijze van de bureaus.[1289] De hoge eisen die het stelde aan de professionaliteit en de multidisciplinaire samenstelling van de staf - kinderartsen, psychiaters en psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werksters, na de Tweede Wereldoorlog aangevuld met psychologen en orthopedagogen - en de relatief hoge kosten als gevolg van de intensieve en tijdrovende behandelingen waren niet bevorderlijk voor de proliferatie. Kwaliteit ging boven kwantiteit. De zes bij de landelijke federatie aangesloten bureaus, die tussen de één en vier keer per week spreekuur hielden, telden in 1939 in totaal 15 in deeltijd werkzame psychiaters, 7 parttime kinderartsen en 10 in meerderheid voltijds aangestelde psychiatrisch-sociaal werksters als medewerkers. Tezamen onderzochten zij jaarlijks een kleine 700 nieuwe gevallen.[1290] Ondanks de kleinschaligheid zouden de opzet en werkwijze van het MOB grote invloed uitoefenen op de inhoudelijke ontwikkeling van zowel de zorg voor de geestelijke volksgezondheid als de kinderpsychiatrie.[1291]

Met argusogen keek Lekkerkerker, vanaf 1936 als psychiatrisch-sociaal werkster werkzaam bij het MOB in Haarlem, naar de voor het merendeel katholieke consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid die zich behalve op geesteszieke volwassenen ook op moeilijke en zwakzinnige kinderen richtten. Deze waren veel eenvoudiger van opzet en beschikten niet over kinderpsychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters, maar gingen, toen er overheidsgelden voor dit werk beschikbaar kwamen, wel in hetzelfde subsidiekanaal vissen. Amateuristisch was de kwalificatie die Lekkerkerker er later aan toekende: 'Die zustertjes […] hadden geen notie van psychologie of van het opnemen van anamneses!'[1292] Enigszins vanuit de hoogte stelde zij dat het MOB een

---

[1286] Schlatmann en Wolff 1985; Lekkerkerker 1947b, 281 en 1952, 7; Tibout 1948, 29; vergelijk Moltzer 1930.

[1287] Dank zij een aanzienlijke particuliere bijdrage beschikte het Amsterdamse MOB in de jaren 1930-1933 over een behandelingstehuis voor zes tot acht kinderen met psychische stoornissen. Tibout 1948, 258.

[1288] Tibout 1948, 29, 31; Lekkerkerker 1952a, 7; Bakker en Van der Velden 2004a, 54-55.

[1289] Lekkerkerker 1938b.

[1290] Lekkerkerker et al. 1938, 19-20, 89-91; vergelijk Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 192-193.

[1291] Groenendijk en Bakker 2000.

[1292] Heerma van Voss 1985a, 1286.

typisch stedelijke, geprofessionaliseerde voorziening was die met zijn psychologische benadering temidden van andere instellingen - poliklinieken, sociaal-pedagogische en jeugdpsychiatrische diensten, schoolartsen, speciaal onderwijs, nazorgwerk voor zwakzinnigen, pedologische instituten, bureaus voor beroepskeuze, voogdijverenigingen en kinderpolitie - een specialistische taak vervulde en als zodanig niet was te vergelijken met het consultatiebureau in de provincie dat zijn cliënten niet kon selecteren en mede vanwege 'een groot aantal zwakzinnigen en andere abnormalen' nauwelijks aan behandeling toekwam.[1293] Ook Tibout onderstreepte dat MOB's niet waren bedoeld voor zwakzinnige en anderszins ernstig psychisch gestoorde kinderen.[1294] Het was zeker niet in de geest van Lekkerkerker en Tibout dat de MOB's in de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* vermeld stonden in het hoofdstuk over de 'geestelijk invaliden' en daarbinnen in de paragraaf over 'de psychopaten' - deze categorisering hield waarschijnlijk verband met de oorspronkelijke intentie om zich met delinquente kinderen bezig te houden.[1295]

Uit onderzoek naar patiëntendossiers blijkt dat kinderen vanwege allerlei opvoedingsmoeilijkheden, psychologische en fysieke klachten, school- en leerproblemen, relatiemoeilijkheden en ontwikkelingsstoornissen op de MOB's terecht kwamen.[1296] Ouders en hulpverleners hanteerden een zeer uiteenlopend referentiekader om de moeilijkheden te verwoorden. De eersten formuleerden de problemen vooral in termen van opvoedingsmoeilijkheden en gezagsproblemen. Terwijl voor de ouders het manifeste hinderlijke gedrag van hun kinderen aanleiding was om de hulp van het MOB in te roepen, legden de hulpverleners de nadruk op de meer verborgen innerlijke houding van de kinderen. Het viel Tibout op

> hoe zeer de neiging tot hulp zoeken meer correleert met de mate van hinderlijkheid van het gedrag [agressie, ongehoorzaamheid, delinquentie, seksuele moeilijkheden (onanie)] […]dan met de mate waarin de harmonische geestelijke ontwikkeling bedreigd wordt [schuwheid, overgevoeligheid, gedeprimeerdheid] […] Een afspiegeling van deze […] houding is wel […] dat soms de ouders een behandeling op het bureau als succesvol beëindigd willen beschouwen wanneer enkele hinderlijke symptomen zijn verdwenen - terwijl in psychologisch opzicht veel ernstigere nog bestaan.[1297]

De hulpverleners namen vanaf het begin afstand van de moralistische en repressieve aanpak die in de toenmalige opvoedkunde de toon aangaf alsmede van de medische benadering en het denken in termen van erfelijkheid.[1298] In het MOB bestond een sterke tendens om moeilijkheden in psychologische en vooral Freudiaanse termen te definiëren, hoewel de eigenlijke psychoanalytische therapie vanwege gebrek aan tijd en financiële middelen nauwelijks viel toe te passen.[1299] Hierdoor verschoof de aandacht van de

---

[1293] Lekkerkerker 1938b, 33; vergelijk Esser 1970, 25; Westhoff 1996, 77; Willemsen 2001, 51-52.
[1294] Tibout 1948, 30.
[1295] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 192-194.
[1296] Van der Wurff 1993; zie ook Van der Wurff 1987.
[1297] Tibout 1933, 243-244.
[1298] Van der Wurff 1990, 108; vergelijk Bakker 1995.
[1299] Tibout 1933; Lekkerkerker et al. 1938.

gegeven aanleg en het problematische gedrag van kinderen op zich naar hun psychologische en sociale functioneren en de mogelijkheid dit te veranderen. Ten einde door te dringen tot 'de innerlijke gesteldheid van het kind' waren volgens Tibout 'ongedwongen contact en onbevangen uitingsmogelijkheid noodig. Pas dan kan men, behalve uit de bewuste mededeelingen, uit fantasiemateriaal en reacties tegenover de onderzoeker de richting van de wenschen en angsten zoeken'.[1300] Bij de foto's die op het Amsterdamse MOB van de kinderen werden gemaakt - 'naast een spiegel, bij een meetlat, zodat een beeld "en face" en "en profil" met een maatindeling op één foto werd vastgelegd' - ging het niet, zo benadrukte Tibout, om het uiterlijk op zich: 'aan het uiterlijk "bekijken" nemen wij deel, en neemt het kind deel; dit "ontmoeten" zou steriel zijn als het affectloos bij het uiterlijk bleef.'[1301] Veel nadruk kreeg het 'bespreekbaar' en 'bewust maken' van problemen en het zelfinzicht van ouders en kinderen; de adviezen betroffen niet alleen het kind, maar ook de attitude van de ouders.[1302]

Het MOB profileerde zich met een psychologische benadering van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen en verwijderde zich daarmee al gauw van de justitiële sfeer waarvan de eerste aanzetten waren uitgegaan.[1303] Tibout merkte in dit verband op dat de 'nieuwe inzichten' nog weinig ingang vonden in het onderwijs, de kinderrechtspraak en -bescherming, en de opvoedingsgestichten. Mede onder invloed van het psychoanalytische interpretatiekader golden afwijkingen en ontsporingen niet zozeer als uitingen van kwade wil, maar als de gevolgen van verstoorde ontwikkelingsprocessen in ongunstige leefmilieus. Het preventiestreven werd onderbouwd met het inzicht dat de kindertijd en de jeugd beslissende fasen waren in de karaktervorming en de emotionele ontwikkeling van de mens.[1304] De clientèle van het MOB was niet gelijkmatig over alle bevolkingsgroepen verdeeld. De meeste op het Amsterdamse MOB behandelde kinderen waren afkomstig, zo schreef Lekkerkerker, uit de

> beteren arbeiders- en den middenstand, waar de ouders voldoende ontwikkeling en inzicht bezitten om het belang van een bureau in te zien. De laagste klasse der bevolking is over het algemeen slechts in geringe mate onder de bureau-ouders vertegenwoordigd: hier ontbreken veelal te zeer de materieele en geestelijke voorwaarden dan dat het bureau er met vrucht werkzaam zou kunnen zijn. […] men ziet ook, naarmate een bureau langer bestaat, een verschuiving naar boven.[1305]

Mede door de psychoanalytische oriëntatie opereerden de bureaus blijkbaar nogal selectief en gingen cliënten uit de middenklasse getalsmatig steeds meer overheersen.[1306]

[1300] Tibout 1933, 248.
[1301] Tibout 1948, 50, 56.
[1302] Van der Hoop 1938, 76; Van der Wurff 1987, 92, 95.
[1303] Nijnatten 1986, 39-40.
[1304] Van der Hoop 1938, 74.
[1305] Lekkerkerker 1938b, 38.
[1306] Zie ook Romme 1978, 246.

2.6. Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg

Hoewel Lekkerker vond dat de NVGV, evenals Meijers' Centrale Vereeniging, te sterk op de medische psychiatrie was georiënteerd, werd deze mede op haar instigatie in 1930 nieuw leven ingeblazen. Naar aanleiding van de uitnodiging die Bouman had ontvangen om met een officiële afvaardiging uit Nederland aan het eerste internationale congres over geestelijke hygiëne te Washington deel te nemen, trad Lekkerkerker in contact met hem en nam zij het initiatief tot het samenstellen van een Nederlandse delegatie. Behalve Lekkerkerker en Bouman maakten de psychiaters Meijers, Querido, Pameijer, Tibout, Van Ophuysen, Kortenhorst en de jurist Moltzer, de directeur van de Amsterdamse School voor Maatschappelijk Werk, deel uit van de delegatie. Weliswaar had Bouman in 1913 tijdens een reis in de Verenigde Staten waarschijnlijk kennis genomen van de *Mental Hygiene Movement* aldaar, maar zijn ideeën over psychische hygiëne waren vooral aan Duitse sociaal-psychiatrische voorbeelden en de eugenetica ontleend.[1307] Daarnaast stak Bouman zijn licht op in België: in 1927 bezocht hij samen met Meijers en Kortenhorst een consultatiebureau van de in 1924 opgerichte Belgische beweging voor geestelijke hygiëne in Brussel.[1308]

Onder invloed van Lekkerkerker en de deelname aan het congres in Washington, dat de deelnemers als zeer stimulerend ervoeren, schoof de Nederlandse beweging voor geestelijke volksgezondheid op in de richting van het Amerikaanse voorbeeld. Dat betekende dat het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid zich grotendeels gescheiden van de krankzinnigenzorg en de inrichtingspsychiatrie ging ontwikkelen.[1309] Op de twee bijeenkomsten van de NVGV in 1930 waarmee de vereniging uit haar slaap ontwaakte, vormden de inrichtingspsychiaters een minderheid onder de sprekers. Behalve over de krankzinnigenzorg en de eugenetica stonden er voordrachten op het programma over opvoeding en onderwijs, drankbestrijding, beroepskeuze en psychotherapie.[1310] In de jaren dertig manifesteerde Boumans vereniging zich vooral als forum voor de reflectie op theorie en praktijk van de geestelijke volksgezondheid, de verspreiding van informatie erover onder het publiek, onder andere door de uitgave van de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* (1936) en advisering van de overheid.[1311] De vereniging, waarvan het ledental rond de 250 bedroeg, wilde de ontwikkeling van zorgvoorzieningen door de overheid en particuliere organisaties bevorderen en daarvoor bepaalde normen aanleggen.

Toch bleef de NVGV enigszins aan de zijlijn staan, vooral als het ging om de praktische invulling van de psychohygiëne in de vorm van consultatiebureaus, de MOB's en de katholieke voorzieningen voor volwassenen en kinderen. Deze distantieerden zich van de krankzinnigengestichten, een ontwikkeling die Bouman en sommige inrichtingspsychiaters met lede ogen aanzagen. Voor hen was geestelijke hygiëne voornamelijk een medisch-psychiatrische aangelegenheid onder leiding van psychiaters. Zij beschouwden gesticht, inrichting en kliniek als het kerndomein van hun vak en zagen

---

[1307] De Goei 2001, 77-90.
[1308] Westhoff 1996, 43.
[1309] De Goei 2001, 86-102, 133-142.
[1310] Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1931.
[1311] Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 13-14.

de psychohygiënische en sociaalpsychiatrische zorg als een verlengstuk ervan en als een middel om het imago van de inrichtingspsychiatrie op te vijzelen. 'De geheele opzet van dit systeem van voor- en nazorg', aldus Bouman, 'zou niet volledig zijn en onvoldoende moeten werken, wanneer niet als centrum daarvan die organisaties stonden, welke zich op de *zorg*, de medische behandeling en therapie, toeleggen. De *psychiatrische inrichting*, hetzij dan de kliniek, het gesticht of het sanatorium, blijft van dit alles het centrale punt.'[1312]

Pameijer en Barnhoorn, geneesheer-directeur van de St. Willibrordusstichting, sloten zich hierbij aan door te wijzen op het belang van de voor- en nazorg om 'den nauwen cirkel van de gestichtspsychiatrie' te doorbreken.[1313] In dezelfde trant betoogde Kat op een vergadering van de NVGV in 1930 dat het moderne krankzinnigengesticht een veelzijdige instelling was,

> gereed en geschikt om alle soorten zieken en zwakken van geest te behandelen, op te voeden, te verplegen, te verzorgen, ieder naar zijn aard; het is zoowel kliniek ter behandeling van lijders aan acute geestesziekte, als opvoedingsinstituut voor geesteszwakken en zenuwzieken, als verzorgingshuis voor chronisch zieken, dementen en zwakzinnigen.

Mede omdat het gesticht op die manier 'psychische infectie', de verdere verspreiding van krankzinnigheid, zwakzinnigheid en geestelijke ontreddering tegenging, verdiende het een centrale rol in de zorg voor de geestelijke volksgezondheid.[1314]

Vooral Van der Scheer benadrukte de grote psychohygiënische betekenis van de psychiatrische inrichting. Over de inrichting bestonden nog veel foutieve opvattingen en vooroordelen, zo zette hij in zijn oratie als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen uiteen. Het grote publiek ging er ten onrechte vanuit dat geestesziekte niet te genezen was en dat de inrichtingen opberginstellingen waren, terwijl het daar 'rustig toegaat, […] daar een kleine maatschappij gevormd wordt, waar orde, regel en arbeidzaamheid, ja, in menig opzicht gezelligheid heerscht en dat vele afdeelingen op gewone ziekenafdeelingen gelijken.'[1315] Op een bijeenkomst van de NVGV betoogde hij dat de toepassing van de actievere therapie, waarin alles draaide om heropvoeding, het gesticht een ander karakter had gegeven: dat van 'een nieuwe, kleine maatschappij' op basis van 'orde, regelmaat en arbeidzaamheid, […] dezelfde grondvesten, waarop de peilers der groote maatschappij staan.' Het gesticht was geen geïsoleerde bewaarplaats meer, maar het was een behandelingsinstituut en voor veel patiënten een doorgangshuis geworden, dat hen voorbereidde op hun terugkeer in de samenleving. Als zodanig moest het 'een schakel in de lange keten tusschen voor- en nazorg, […] het centrum worden, waarnaar velen ter leering komen, waaruit velen als geschoolde krachten zich over ons land zullen verspreiden.'[1316] De nieuwe aanpak in de inrichtingen kon een voorbeeld en leerschool vormen voor degenen die in de maatschappij werkten aan de geestelijke volksgezondheid. 'Zoo ergens, dan is het wel in het krankzinnigengesticht geweest, dat

---

[1312] Bouman 1938, 456, 457-458; vergelijk Van der Scheer 1934, 12.
[1313] Pameyer 1932; Bakker en De Boer 2002a, 172.
[1314] Kat 1930, 420.
[1315] Van der Scheer 1930, 5.
[1316] Van der Scheer 1931, 259-260, 263.

wij de enorme beteekenis van het milieu en vooral van de wisselwerking tusschen individu en omgeving, zoowel in positieven als in negatieven zin hebben leeren kennen.'[1317] Consultatiebureaus en poliklinieken moesten zich dan ook in nauwe samenwerking met gestichten en inrichtingen ontwikkelen en omgekeerd zouden deze hun werkplaatsen dienen open te stellen voor geestelijk onvolwaardigen en geesteszieken die in de maatschappij verbleven.

Van der Scheers pleidooi kreeg instemming van buiten de psychiatrie. De pedagoog Kohnstamm publiceerde in 1929 onder de titel 'De psychiater als opvoeder' een artikel waarin hij uiteenzette dat hij zich door Van der Scheer en Stärcke had laten informeren over de actievere therapie. Hij prees deze aanpak vanwege het belang dat daarin werd gehecht aan het beïnvloeden van de innerlijke gezindheid en zelfverantwoordelijkheid van zowel patiënten als verpleegkundigen en achtte deze benadering, waarin hij een 'personalistische beschouwingswijze' bespeurde, ook in de opvoeding van gezonde mensen toepasbaar.[1318] De geneesheer-directeur van Brinkgreven, Le Rütte, ging nog een stap verder dan Van der Scheer door te pleiten voor een samengaan van de terreinen van de lichamelijke en geestelijke volksgezondheid, een gelijkvormige financiering van beide, meer overheidsbemoeienis en meer samenwerking tussen de verzuilde instellingen. De voor- en nazorg zou onder coördinatie van de Centrale Vereeniging verder moeten worden uitgebouwd en verder achtte Le Rütte de oprichting van psychohygiënische centra op provinciaal of districtsniveau wenselijk. Dit alles zou kunnen bijdragen aan de vermindering van de vooroordelen onder het publiek jegens de inrichtingspsychiatrie.[1319]

Niet alleen inrichtingspsychiaters als Pameijer, Barnhoorn, Kat, Van der Scheer en Le Rütte, maar ook Bouman en Meijers, die buiten de inrichtingen werkzaam waren, vonden dat de krankzinnigenzorg en het nieuwe werkterrein van de geestelijke volksgezondheid samen één groot psychiatrisch domein moesten vormen. Niet alle zenuwartsen deelden deze visie echter. Psychiaters als Kortenhorst en Querido wilden de voor- en nazorg wél als onderdeel van de psychische hygiëne tot ontwikkeling brengen, maar dan onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen. Nog meer afstand tot de krankzinnigenzorg namen psychiaters die zich in particuliere praktijken, (poli)klinieken en consultatiebureaus toelegden op overwegend psychologisch-pedagogische en psychotherapeutische behandelwijzen van patiënten die meestal niet geestesziek waren. Lekkerkerker en haar geestverwanten binnen de MOB’s voelden zich het meest verwant aan de laatste groep. Zij waren van mening dat de ontwikkeling van de psychohygiëne en een imagoverbetering van de psychiatrische (vooral sociaalpsychiatrische en psychotherapeutische) hulpverlening in de maatschappij niet afhankelijk hoefden te zijn van een hervorming van het krankzinnigenwezen, maar dat deze, integendeel, gebaat waren bij een zo groot mogelijke afstand tot de gestichten en inrichtingen. Vooral vanwege de ernst en uitzichtloosheid van veel vormen van geestesziekte, het maatschappelijke isolement en de stigmatiserende werking van het gesticht wilden zij elke associatie met krankzinnigenzorg vermijden. De (aanvankelijk bescheiden) subsidiëring van instellingen voor de geestelijke volksgezondheid, die begin jaren dertig tot stand kwam dankzij de steun vanuit de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie

[1317] Van der Scheer 1930, 17; vergelijk Van der Scheer 1928.
[1318] Kohnstamm 1929, 5; vergelijk Kohnstamm 1931.
[1319] Le Rütte 1934.

van Sociale Zaken, werkte in de hand dat zij ook daadwerkelijk opschoven in de richting van Lekkerkerkers model en zich verwijderden van de krankzinnigenzorg.[1320]

De financiering van de voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid bleef lange tijd onzeker, verbrokkeld en ondoorzichtig. Dat lag in de eerste plaats aan hun onduidelijke positie tussen de verschillende afgebakende zorggebieden: krankzinnigen-, zwakzinnigen- en gezondheidszorg, maatschappelijk werk, reclassering, kinderbescherming en buitengewoon onderwijs. Weliswaar werd getracht de nieuwe vormen van psychohygiënische hulpverlening onder te brengen bij de gezondheidszorg, maar de kosten waren niet te verhalen op de twee belangrijkste collectieve financieringsregelingen op dit terrein: de Armenwet en de coöperatieve ziekenfondsen die zich vanaf 1850 hadden ontwikkeld. De Armenwet schreef voor dat gemeentebesturen de medische zorg voor minvermogenden, de verpleging van krankzinnigen en sinds 1929 ook die van zenuwlijders moest bekostigen indien de eigen middelen en hulp van familie of kerk te kort schoten, maar van een verplichting om psychiatrische voor- en nazorg of hulpverlening door consultatiebureaus te financieren was geen sprake. De zieken- en doktersfondsen, waarbij rond de eeuwwisseling tien procent en in 1940 bijna de helft van de bevolking verzekerd was, beperkten zich uitdrukkelijk tot de curatieve somatische gezondheidszorg. De zorg voor chronisch zieken en geesteszieken viel erbuiten.[1321]

Hoewel de staat zich al vanaf de eeuwwisseling actiever opstelde op sociaal gebied, bleef de rijksoverheid voor de Tweede Wereldoorlog terughoudend wat betreft de organisatie, de uitvoering en de financiering van de gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg bleef beperkt tot Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten in de grote steden. Tot een landelijke spreiding van dergelijke diensten van overheidswege kwam het niet. De meeste gemeenten gaven op basis van financiële en sociaal-politieke overwegingen vaak de voorkeur aan subsidiëring van particuliere initiatieven boven het zelf organiseren van deze dienstverlening.[1322] Particuliere organisaties, die voortkwamen uit religieus geïnspireerde liefdadigheid en burgerlijke zelfwerkzaamheid, vulden de leemte op. Vooral de kruisverenigingen, die vanaf het midden van de jaren zeventig van de negentiende eeuw waren ontstaan en die zich aaneensloten in landelijke, deels verzuilde organisaties, speelden een belangrijke rol op diverse terreinen als ziekenverpleging, TBC-bestrijding, zuigelingenzorg en wijkverpleging. Achtereenvolgens kwamen de Algemene Nederlandsche Vereeniging Het Groene Kruis (1911), de Rooms-Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis (1923) en de Bond van Protestants Christelijke Vereenigingen voor Wijkverpleging in Nederland (1938), in 1946 omgedoopt tot Protestants-Christelijke Landelijke Vereeniging Het Oranje-Groene Kruis, tot stand. Deze verenigingen werden gefinancierd door contributies van de leden; tussen 1910 en 1940 groeide het ledental van 3 tot 36 procent van de bevolking. Het Wit-Gele Kruis, dat met bijna 500 plaatselijke en provinciale afdelingen en 250.000 persoonlijke leden de belangrijkste katholieke infrastructuur voor de gezondheidszorg vormde, ging in de jaren dertig evenals het Groene Kruis consultatiebureaus voor geestelijke gezondheidszorg ondersteunen.[1323]

[1320] De Goei 2001, 90-102, 138-145.
[1321] Van der Grinten 1987a, 25-27; Van der Velden 1993.
[1322] Kerkhoff 1994, 25-45; Bakker en Van der Velden 2004a.
[1323] Van der Grinten 1987a, 31, 89.

Het grote aandeel van het particuliere initiatief in de gezondheidszorg strookte met het protestantse principe van soevereiniteit in eigen kring en het katholieke subsidiariteitsbeginsel, volgens welke de overheid zich diende te onthouden van maatschappelijke activiteiten die ook vanuit de samenleving zelf waren te organiseren. Evenmin als andere belangrijke taken zoals onderwijs zou gezondheidszorg een zaak van de overheid zijn. Tegenover het liberale beginsel van individuele verantwoordelijkheid en de socialistische nadruk op staatsinterventie, stelden de confessionelen het corporatieve, organicistische model volgens welke individu, gezin, maatschappelijke organisaties en de staat elementen in een vermeende natuurlijke en hiërarchische sociale ordening vormden. De particuliere organisaties in het maatschappelijke middenveld vervulden een bemiddelende functie tussen de privésfeer van het gezin en de overheid. De rol van de overheid moest beperkt blijven tot stimulering van het particulier initiatief, het aanreiken van richtlijnen, het uitoefenen van toezicht door middel van inspectie en - uiteindelijk meer en meer vanzelfsprekend geachte - subsidiëring.

In 1932 werd met de instelling van het Prophylaxefonds de basis gelegd voor een structurele, van overheidswege gegarandeerde financiële ondersteuning van de instellingen voor de geestelijke volksgezondheid. Dit fonds hield verband met de al in 1913 aangenomen Ziektewet, waarmee zieke werknemers recht kregen op een uitkering, maar die vanwege onenigheid over de uitvoering pas in 1930 in werking trad. Krachtens deze wet werd bepaald dat vanuit een opslag van de ziektewetpremie middelen beschikbaar moesten komen voor preventiemaatregelen ten einde ziekte van de verzekerden zoveel mogelijk te voorkomen. Het Prophylaxefonds beperkte zich niet tot lichamelijke kwalen; ook activiteiten gericht op de preventie van geestesstoornissen konden op ondersteuning vanuit dit fonds rekenen. Vanaf 1934 kwam er jaarlijks een bescheiden bedrag - voor de oorlog gemiddeld 25.000 gulden - beschikbaar ten behoeve van de zorg voor de in hun geestelijke gezondheid bedreigde kinderen en geesteszieken buiten de inrichtingen. Deze subsidieverstrekking maakte overleg tussen de diverse organisaties noodzakelijk. Een nieuwe overkoepelende organisatie, de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV), werd in het leven geroepen om zorg te dragen voor de verdeling van de gelden over verschillende neutrale en verzuilde instellingen. Tien verenigingen sloten zich bij de federatie aan en de directeur-generaal van Volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken, L. Lietaert Peerbolte, en Lekkerkerker namen als voorzitter respectievelijk secretaris zitting in het bestuur.[1324]

Op grond van de criteria die het NFGV hanteerde - de te ondersteunen instellingen dienden onder medische leiding te staan en er moest sprake zijn van sociaal-psychiatrische hulpverlening door maatschappelijk werkers of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen - kwamen de voor- en nazorgdiensten en de consultatiebureaus voor kinderen, zowel de MOB's als de eenvoudiger opgezette bureaus van de katholieke kruisverenigingen, en de consultatiebureaus voor alcoholisme in principe in aanmerking

[1324] De organisaties die zich aansloten waren de NVGV, de katholieke, hervormde en gereformeerde verenigingen voor geestelijke volksgezondheid, de Vereeniging Centraal Israëlietisch Krankzinnigengesticht in Nederland en andere Joodsche Instellingen, Het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis, de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen, de Centrale Vereeniging ter Behartiging van der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken en het Paedologisch Instituut te Nijmegen. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 13.

voor subsidie. Mede onder invloed van Lekkerkerker beperkte het Prophylaxefonds zich echter tot de ondersteuning van de hulpverlening aan moeilijke kinderen, die onder Volksgezondheid ressorteerde, en werd de voor- en nazorg uitgesloten, omdat die als onderdeel van de krankzinnigenzorg gold - veel diensten waren immers met inrichtingen verbonden. Veel consultatiebureaus voor alcoholisme konden vanwege het ontbreken van psychiaters niet aan de subsidievoorwaarden voldoen.[1325] Alleen voor de consultatiebureaus van Meijers' Centrale Vereeniging werd een uitzondering gemaakt, omdat ze onafhankelijk van de inrichtingen functioneerden.[1326] De uitsluiting van de voor- en nazorg was een belangrijke reden dat Bouman en zijn geestverwanten van actieve medewerking aan de NFGV afzagen. De nadruk van de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Arbeid op de preventie van stoornissen, waardoor krankzinnigen buiten de boot vielen, vonden zij te beperkt. Ook was Bouman fel gekant tegen een verzuilde organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, die de Federatie als overleg- en verdeelorgaan juist legitimeerde.[1327]

Behalve de verzuiling zorgden de uiteenlopende opvattingen over de wenselijke verhouding tussen krankzinnigenzorg en geestelijke hygiëne dus voor een zekere verdeeldheid op het terrein van de geestelijke volksgezondheid: naast de verschillende levensbeschouwelijke organisaties en voorzieningen, waarin de normen omtrent wetenschappelijkheid en professionaliteit zeer uiteenliepen, bestonden er tegenstellingen tussen de voor- en nazorg voor geesteszieken en de MOB's voor moeilijke kinderen en tussen Boumans vereniging en de NFGV, waarin Lekkerkerker een sleutelpositie innam. Niet alleen de verschillende inhoudelijke invullingen die psychiaters en andere beroepsgroepen vanuit hun uiteenlopende belangen aan psychische hygiëne gaven, ook de subsidiepolitiek van het Ministerie van Sociale Zaken, waaronder volksgezondheid ressorteerde, en het overheidsbeleid in het algemeen op het gebied van krankzinnigenzorg en geestelijke volksgezondheid werkte het een en ander sterk in de hand.[1328]

In 1918 was het beleidsterrein Volksgezondheid onder leiding van Lietaert Peerbolte van het Ministerie van Binnenlandse Zaken overgeheveld naar het nieuwe Ministerie van Arbeid (vanaf 1922 Arbeid, Handel en Nijverheid, vanaf 1934 Sociale Zaken en vanaf 1952 Sociale Zaken en Volksgezondheid geheten), terwijl de afdeling Armenzorg, waaronder het krankzinnigenwezen viel, bij Binnenlandse Zaken bleef. Pas in 1947 zou krankzinnigenzorg onder de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken gaan vallen.[1329] Vanaf de Eerste Wereldoorlog pleitten zowel politici als zenuwartsen, verplegenden en de verenigingen voor geestelijke volksgezondheid voor een onderbrenging van de krankzinnigenzorg bij Volksgezondheid.[1330] Zij stelden dat de

---

[1325] Van der Stel 1995, 294.
[1326] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 19-20, 90; Esser 1970, 20.
[1327] Heerma van Voss 1985a, 1282.
[1328] De Goei 2001, 101-128; vergelijk De Goei 2007a, 75-84.
[1329] De Goei 2001, 105-106.
[1330] Opmerkelijk is dat de NVPN dit pleidooi niet ondersteunde. Naar aanleiding van een brief van de NVGV, waarin deze meedeelde er bij de Minister van Binnenlandse Zaken op aan te willen dringen om het krankzinnigenwezen bij Sociale Zaken onder te brengen, reageerde het NVPN-bestuur met de opmerking dat het niet zijn taak was om zich in deze kwestie te mengen. Waarschijnlijk liepen de meningen hierover in de vereniging uiteen en deden de inspecteurs van het Staatstoezicht hun invloed gelden. Notulen vergadering bestuur NVPN 21-1-1933, Archief NVPN.

moderne krankzinnigenzorg op genezing gerichte ziekenzorg was of, voor zover de gestichten en inrichtingen daar niet aan voldeden, diende te worden en dat de vooroordelen over de intramurale voorzieningen als armenzorg- en bewaarinstellingen de wereld uit moesten. Met de opkomst van voor- en nazorgdiensten en consultatiebureaus voor psychiatrische patiënten, die zich op het grensvlak van gesticht en maatschappij bewogen, kwam daar een nieuw argument bij: de krankzinnigenzorg zou als een onderdeel van het bredere gebied van de geestelijke volksgezondheid kunnen worden beschouwd. Het streven naar samenvoeging stuitte echter op taai verzet van de achtereenvolgende Ministers van Binnenlandse Zaken, de ambtenaren van de afdeling Armwezen en de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. 'Ook met het oog op de bemoeiingen van de verschillende Regeerings-instanties', zo stelden de inspecteurs, 'achten wij behoorlijke onderscheiding zeer gewenscht.'[1331] De krankzinnigenzorg maakte weliswaar deel uit van de geneeskunde, maar andere aspecten waren volgens hen minstens even belangrijk: de verpleging werd grotendeels op basis van de Armenwet gefinancierd en voor gedwongen opnamen was een rechterlijke machtiging nodig, waarbij de bescherming van de openbare orde een belangrijke rol speelde.

Het debat over de verhouding tussen krankzinnigenzorg en geestelijke hygiëne kwam op scherp te staan door de concurrentie tussen het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waar de gestichten en inrichtingen onder vielen, en het Ministerie van Sociale Zaken, dat volksgezondheid onder zijn hoede had gekregen. De strijd spitste zich in de tweede helft van de jaren dertig toe op de zeggenschap over de katholieke consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid in Noord-Brabant. Naar aanleiding van de vraag of deze nieuwe instellingen voor zowel moeilijke kinderen als (volwassen) geesteszieken onder Volksgezondheid of het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken vielen, kwam het tot een botsing tussen de katholieke beweging voor geestelijke volksgezondheid en de inrichtingspsychiatrie. De inspecteurs en sommige gestichtsartsen zagen deze voorzieningen en een mogelijke samenvoeging van de krankzinnigenzorg met geestelijke hygiëne als een ondermijning van hun positie, temeer omdat in de crisisjaren, waarin bezuinigd werd, een extra financiële aderlating dreigde: provinciale besturen financierden de consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid met geld dat zij op de krankzinnigenzorg kortten. 'Op het *zeer* uitgestrekte gebied van de geestelijke volksgezondheid staat de geesteszieke op den achtergrond; op den voorgrond staat het kind', zo merkten de inspecteurs op.[1332] De defensieve opstelling van gestichtspsychiaters en de inspecteurs ten opzichte van de beweging voor geestelijke volksgezondheid was mede ingegeven door de vrees dat de krankzinnigenzorg terrein en vooral ook financiële middelen zou moeten prijsgeven ten behoeve van psychohygiënische activiteiten, die aan andere patiënten ten goede zouden komen dan moeilijk behandelbare, armlastige en vaak chronische geesteszieken. Ondanks de pleidooien voor een samenvoeging met Volksgezondheid, die zou moeten bijdragen aan een verbetering van het aanzien van de krankzinnigenzorg, veranderden politici niets aan de wettelijke en financiële grondslag ervan: de krankzinnigenzorg bleef nauw verbonden met armenzorg en ook de rechterlijke machtiging bleef bestaan. Beide stonden een erkenning als volwaardig onderdeel van de

[1331] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 21.
[1332] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 20.

gezondheidszorg in de weg. Tijdens en na de oorlog zou het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid zich onafhankelijk en op afstand van de psychiatrische inrichtingen verder ontwikkelen.

2.7. Psychotherapie en psychoanalyse

Nadat de psychoanalyse in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw welwillende aandacht van psychiaters had gekregen, vond zij, al dan niet in gepopulariseerde vorm, in het interbellum ook bekendheid en aanhang in intellectuele kringen buiten de medische wereld, hoewel sommige vooraanstaande intellectuelen, zoals de historicus J. Huizinga en de schrijvers M. Nijhoff en M. ter Braak zich er kritisch over uitlieten.[1333] De aantrekkingskracht van de psychoanalyse op de schrijver en arts F. van Eeden en op figuren buiten de medische wereld, zoals de schrijver N. van Suchtelen, de schilders B. Canter, B.T. Gits en L. van Kuik, de predikant H.W.Ph.E. van den Bergh van Eysinga en de parapsycholoog W.H.C. Tenhaeff, had te maken met het verzet tegen het positivisme en materialisme en met de invloed van de neoromantiek die zich rond de eeuwwisseling deden gelden. Deels vanuit hun belangstelling voor spiritisme, occultisme en theosofie lieten zij zich evenals een aantal zenuwartsen nog sterker door Jung dan door Freud inspireren.[1334] Terwijl de orthodoxe Freudiaanse hoofdstroom het onbewuste beschouwde als het individuele, problematische reservoir van verdrongen verlangens met een driftmatige, seksuele achtergrond, zagen Jung en zijn volgelingen dit als een rijke bron van creativiteit, waarin de collectieve, transcendente ervaring van de mensheid was opgeslagen. In de psychiatrische wereld had met name Van der Hoop, sinds 1929 privaatdocent voor psychoanalyse aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, affiniteit met Jungs ideeëngoed: terwijl in de orthodoxe Freudiaanse therapie de analytische ontleding van de persoonlijkheid en het seksuele leven centraal stonden, legde hij de nadruk op een versterking van de karaktervorming en de geestelijke ontplooiing van de mens.[1335]

Psychoanalytische begrippen begonnen door te dringen in het taalgebruik. De Eerste Wereldoorlog, die het beeld van de mens als een rationeel en zelfbeheerst wezen ondermijnde, maakte de geesten rijp voor Freuds gedachtegoed. De uitgeverij De Wereldbibliotheek bracht verschillende werken van Freud in vertaling uit voor een breed publiek. Een belangrijke aanzet tot de popularisering ervan was de publicatie in 1917 van een inleiding tot Freuds denken, *Uit de diepten der ziel*, van Van Suchtelen. De groteske aanvallen op de psychoanalyse van de streng-gelovige Amsterdamse arts E. van Dieren, die zich tegen alles keerde wat nieuw en modern was, werden nauwelijks serieus genomen en droegen ironisch genoeg bij tot de verbreiding van Freuds inzichten. Van Dierens kwalificatie van de psychoanalyse als 'Dadaïstische zwijnerij' en 'het door velen onderschatte Perverse gevaar', waren voor Querido aanleiding Freud voor de Vara-radio te verdedigen. Enkele linkse intellectuelen grepen Freuds cultuurkritiek aan om een verband te leggen tussen de psychische structuur van het individu en de sociale orde en op basis daarvan hun maatschappijkritiek te onderbouwen.[1336]

In de jaren dertig ontdekten sommige 'vrije socialisten' en anarchisten de psychoanalyse, niet alleen de orthodoxe vorm van Freud, maar ook de marxistische

---

[1333] Brinkgreve 1984, 95-96; Bulhof 1983, 306-311.
[1334] Bulhof 1983, 34-38, 247-270; De Groot 1995a. Van Eeden was arts en zelf actief geweest als psychotherapeut, maar vanaf de eeuwwisseling praktizeerde hij niet meer. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders.
[1335] Bulhof 1983, 295.
[1336] Brinkgreve 1984, 97; Bulhof 1983, 311.

varianten zoals W. Reich en vertegenwoordigers van de Frankfurter Schule die ontwikkelden: H. Kuysten, redacteur van het tijdschrift *Bevrijding*; de vrijdenker A. Constandse, auteur van *Sexuele nood en fascisme* (1935) en *Sexualiteit en levensleer: de sexuele en politieke psychologie van Dr. W. Reich* (1938); de psychiater Van Emde Boas, die zich binnen de NMB met geboorteregeling bezighield en de aanzet gaf tot het medisch-seksuologisch onderwijs aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam; en de anarchist en seksuele hervormer G. Nabrink, die in 1935 het initiatief nam tot de oprichting van een SexPol-studiegroep en 'sociaal-psychologische studiekring' in Den Haag en die actief was in de NMB. Verschillenden van hen vonden in de psychoanalyse inspiratie om zich tegen de heersende christelijke en burgerlijke seksuele moraal te keren: de onderdrukking van de seksuele driften zou schadelijk zijn voor individu en maatschappij. Onder psychiaters kreeg het freudomarxisme enige aanhang: naast Van Emde Boas en de eveneens in de NMB actieve A.C. Oerlemans lieten ook Rh. Feith, assistent van Carp aan de Leidse universiteit en vrijgevestigd zenuwarts te Den Haag, en F. Grewel, die was verbonden aan de psychiatrische kliniek van de Gemeente Universiteit van Amsterdam en die zich profileerde als kinderpsychiater, er zich door inspireren. Zij waren politiek actief in de communistische en antifascistische beweging. Direct na de oorlog vormden deze vier psychiaters, die tijdens de oorlog bij verzetsactiviteiten betrokken waren, een 'Sociaal-Analytische Werkgroep' en in 1950 brachten zij de bundel *Mens en Gemeenschap: Sociaal-psychologische studies* uit.[1337]

Binnen de inrichtingspsychiatrie was A. Stärcke een van de weinigen die de cultuurkritische kant van Freuds werk enthousiast omarmde en verder uitwerkte in een richting, die sterk doet denken aan de 'antipsychiatrie' van de jaren zestig en zeventig.[1338] Volgens Stärcke, die tot de eerste aanhangers van de psychoanalyse in Nederland behoorde en die in 1920 veel succes oogstte met zijn voordracht op het zesde Internationale Congres voor Psychoanalyse in Den Haag, toonde de psychoanalyse aan dat de cultuur de natuur, waaronder de menselijke seksualiteit, geweld aandeed. De maatschappij was ziek, beweerde hij al in 1912; veel culturele verworvenheden en de nadruk op de geestelijke status van de mens waren gebaseerd op een wijdverspreide dwangneurose. De psychoanalyse maakte duidelijk dat het ontstaan en de medische diagnose van psychische stoornissen niet los waren te zien van de eisen die de beschaving stelde en dat deze uitdrukking waren van een communicatiestoornis tussen de patiënt en diens omgeving. Psychosen hadden volgens Stärcke een functie: zij vormden een regressie tot een primitiever stadium en als zodanig een noodzakelijke voorwaarde voor psychisch herstel. Weliswaar bepleitte Stärcke geen bevrijding van het driftleven, dat immers ook agressieve en destructieve kanten vertoonde, maar hij vond wel dat het individu en diens lustgevoelens zich niet alleen naar de culturele orde dienden te voegen, maar ook andersom.

Onder de zenuwartsen die de psychoanalyse aanhingen, waren Van Emde Boas, Oerlemans, Feith, Grewel en Stärcke een uitzondering. Hoewel de ontmaskering van de heersende moraal en de grotere openheid op seksueel gebied velen van hen aansprak, stelden de meesten de gevestigde moraal en maatschappelijke orde niet ter discussie. Over het algemeen benadrukten zij dat sublimatie van de driften noodzakelijk was, waardoor zij de subversieve kant van Freuds cultuurkritiek - individuen zouden lijden

[1337] Louwen 2003.
[1338] Bulhof 1983, 176-211.

onder een neurotiserende beschaving - naar de achtergrond schoven. De meeste psychoanalytici gaven prioriteit aan de individuele therapeutische behandeling van hun patiënten en deze was alleen al om pragmatische redenen gericht op aanpassing aan de bestaande maatschappij.[1339] Dat een dergelijke invulling van de psychoanalyse zich met uiteenlopende mens- en maatschappijvisies liet verenigen bleek uit het feit dat zij ook in de protestantse en katholieke wereld enige aanhang kreeg. Hoewel Freud de vreedzame coëxistentie tussen de kerk, die het terrein van de ziel bestierde, en de medische psychiatrie, die de zenuwen en hersenen tot haar domein rekende, op de proef stelde en zijn idee dat alle uitingen van het geestelijk leven tot het drift- en fantasieleven te herleiden waren, voor gelovigen moeilijk te pruimen was, verwelkomden enkele protestantse theologen, onder wie H. Bavinck, de idee van het onbewuste: zij grepen het aan om hun argumenten tegen de materialistische wereldbeschouwing kracht bij te zetten. Het onbewuste was voor hen de psychologische achterdeur waardoor de ziel, nu wetenschappelijk onderbouwd, weer een centrale plaats kon krijgen.[1340] Verder begonnen predikanten in de jaren dertig steeds meer belang te hechten aan psychologische en psychiatrische kennis voor de individuele zielzorg, hetgeen bleek uit het sinds 1931 verschijnende tijdschrift *Predikant en dokter*. Sommige predikanten, die streefden naar een meer persoonlijke band met gelovigen, namen de vertrouwensrelatie tussen dokter en patiënt tot voorbeeld.[1341]

Katholieken accepteerden de psychoanalyse later en selectiever dan de protestanten.[1342] De gespannen verhouding tussen katholicisme en psychoanalyse werd op de spits gedreven door de strijd die in 1930 ontbrandde over de opvolging van Jelgersma als hoogleraar aan de Leidse universiteit. De kandidaat die Jelgersma verdedigde, zijn voormalige assistent Carp, riep fel verzet op vanuit psychoanalytische kring, omdat hij als katholiek geen goed psychoanalyticus zou kunnen zijn.[1343] Desondanks deed Carp zich als hoogleraar kennen als een belangrijke promotor van de psychoanalyse, hoewel hij deze combineerde met fenomenologische en medisch-biologische invalshoeken. Hij was een van de eerste psychiaters die de kinderpsychologie en opvoedingsproblemen vanuit psychodynamisch oogpunt benaderden. Hoewel sommige geestelijken en katholieke artsen Freud afschilderden als een ondermijner van godsdienst en moraal, lieten de vooraanstaande moraaltheoloog W.J.A.J. Duynstee en de psychiaters F.M. Havermans en H.F. de Vries meer genuanceerde geluiden horen. Duynstee trachtte de thomistische zielkunde met Freudiaanse inzichten te verrijken. Psychiaters pareerden de kerkelijke bezwaren tegen de psychoanalyse door een onderscheid te maken tussen de theorie, waarvan belangrijke onderdelen - het grote belang dat Freud aan seksualiteit hechtte en zijn karakterisering van religie als illusie en vorm van sublimatie - niet door de beugel konden, en de therapeutische methode, die objectief zou zijn en derhalve ook door katholieken was te gebruiken. Met name Carp en De Vries, die een leeranalyse bij de Weense analyticus W. Stekel had ondergaan,

---

[1339] Bulhof 1983, 285-306.
[1340] Bulhof 1983, 274.
[1341] Bos 1996.
[1342] Bulhof 1983, 281-284; Brinkgreve 1984, 93-95, 108-112; Ter Meulen 1988a, 78-86; Oosterhuis 1992, 74-76.
[1343] Brinkgreve 1984, 108-112; De Waardt 2005, 130-132.

gebruikten de psychoanalyse in hun verklaring en behandeling van wat als seksuele perversies golden, met name homoseksualiteit.

De psychoanalyse kreeg vooral erkenning in de universitaire psychiatrie en de ontkiemende kinderpsychiatrie. Al voor de Eerste Wereldoorlog onderstreepten de hoogleraren L. Bouman en Jelgersma de betekenis van Freud voor de psychiatrie en gaven zij blijk van grote waardering voor de psychoanalyse, echter zonder deze te verheffen tot het exclusieve fundament van de psychiatrie. Voor beiden bleef de psychoanalyse een interessante benadering binnen het veel meer omvattende psychiatrische vakgebied, dat toch in de eerste plaats onderdeel was van de medische wetenschap. Eenzelfde houding ten aanzien van de psychoanalyse is aan te treffen bij de andere psychiaters die in het interbellum leerstoelen bekleedden. L. Bouman, Jelgersma, K.H. Bouman, Van der Horst, Carp en Rümke erkenden de psychoanalyse als één van de waardevolle benaderingen in de psychiatrie en assimileerden psychoanalytische inzichten zonder Freuds theorie geheel en onvoorwaardelijk te omarmen. Mede dankzij de invloed van K.H. Bouman, die de psychoanalyse zelf niet beoefende, kregen de psychoanalytici Van der Hoop, A.J. Westerman Holstijn en H.G. van der Waals aanstellingen als privaatdocent aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Ook in Leiden vervulde psychoanalytici, F.P Muller en A.H. Fortanier, privaatdocentschappen.[1344]

De kinderpsychiatrie kon mede dankzij veranderingen in de pedagogie tot ontwikkeling komen. Bovendien was er in de eerste helft van de twintigste eeuw sprake van een verschuiving in de medische aandacht voor kinderen van lichamelijke naar geestelijke (on)gezondheid.[1345] Vanaf 1919 bestonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Utrecht psychiatrische spreekuren en poliklinieken voor kinderen en in de jaren dertig kregen ook de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam (1931) en de Leidse universiteit (1936) dergelijke voorzieningen. Tevens kwamen in de universitaire klinieken van Amsterdam (omstreeks 1932), Utrecht (1940) en Leiden (1940) ook faciliteiten tot stand om kinderen op te nemen. De grondleggers van de klinische kinderpsychiatrie in Nederland waren N.C. Bakker, O. van Andel-Ripke, Grewel en Carp.[1346] Tot omstreeks 1930 overheerste in de opvoedingsliteratuur van pedagogen, hygiënisten, artsen, onderwijzers, theologen, dominees, priesters en maatschappijhervormers een morele benadering waarin gehoorzaamheid aan het ouderlijk gezag, de onderdrukking van slechte neigingen en het aankweken van 'karakter', het geweten en zelfbeheersing centraal stonden. In de jaren twintig kwam er in de bespreking van kinderlijke gedragsproblemen meer oog voor de individuele beleving en de gevoelens van het kind en verschoof het accent in de relatie tussen ouders en kinderen van autoriteit en gehoorzaamheid naar wederzijds vertrouwen. Afwijkende gedragingen die moeilijk te duiden waren in termen van morele schuld, zoals bedwateren, stotteren, verlegenheid en nagelbijten, gaven aanleiding tot meer psychologische en psychoanalytische beschouwingen, waarin onbewuste drijfveren van zowel ouders als kinderen een grote verklarende rol speelden.[1347]

[1344] De Waardt 2005, 132-133.
[1345] Marland en Gijswijt-Hofstra 2003, 21.
[1346] Abma en Weijers 2004, 86-91; De Waardt 2005, 176-177; zie ook De Goei 1992 en Sturm en Groenendijk 1999.
[1347] Bakker 1995; Bakker 2000.

In de jaren dertig gingen psychiaters en psychologen op dit terrein de toon aangeven en nam de afstand tussen hun expertise en de ervaringskennis van leken toe. Vanuit het psychiatrische perspectief bood louter zedelijke opvoeding geen remedie, maar was daarnaast ook behandeling gericht op bewustwording en zelfinzicht nodig. Psychiaters als Th. Hart de Ruyter en Grewel bekritiseerden de strenge en eenvormige opvoedkundige benadering in de kinderbescherming: in de opvoedingstehuizen en pleeggezinnen bestond niet het juiste pedagogische klimaat om rekening te houden met individuele verschillen tussen kinderen. Bovendien zou het niet alleen om correctie achteraf moeten gaan, maar moest er meer aandacht voor preventie van stoornissen en misdragingen bij kinderen komen.[1348] In de jaren dertig prees de Haagse psychiater T. van Schelven de psychoanalyse aan in een boek over kinderpsychologie. De psychoanalyse voedde de idee dat ontsporingen en stoornissen bij kinderen waren te voorkomen door ouders bewust te maken van de psychologische ontwikkeling van hun kroost en door hen te leren hun opvoeding daarop af te stemmen. Aangezien ouders en kinderen zich niet bewust waren van verdrongen verlangens en conflicten en de grote betekenis van jeugdervaringen, werd meer deskundige begeleiding bij de opvoeding gewenst geacht. Aan het eind van de jaren twintig kreeg deze, zoals we hebben gezien, in het bijzonder vorm in het Medisch-Opvoedkundig Bureau, dat zich als voorziening op het gebied van de geestelijke volksgezondheid vestigde.[1349]

Evenals de fenomenologisch georiënteerde psychiatrie stonden psychotherapie en psychoanalyse vrij ver af van de inrichtingspraktijk, op enkele uitzonderingen na.[1350] De Leidsche Vereeniging voor Psychoanalyse en Psychopathologie, in 1937 omgedoopt tot Nederlandsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychiatrische Psychoanalyse, wilde de psychoanalyse inzetten in de behandeling van psychosen. In sommige dossiers van patiënten in het sanatorium Rhijngeest zijn hier sporen van terug te vinden.[1351] Stärcke, die werkzaam was in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder paste aan de psychoanalyse ontleende inzichten toe in de actievere therapie en de somnifeen(slaap)kuur. Hij benadrukte het belang van communicatie tussen psychiater en krankzinnige en het begrip voor diens belevingswereld. In Stärckes interpretatie van de actievere therapie was het herstel van het contact met de omgeving belangrijker dan de heropvoedende werking van arbeid.

De daadwerkelijke toepassing van psychotherapie en psychoanalyse in het bijzonder bleef voornamelijk beperkt tot particuliere praktijken Het aantal zenuwartsen dat uitsluitend op basis daarvan in hun levensonderhoud kon voorzien, zal niet groot zijn geweest. Het ging om een kleine kring van analytici die in de grote steden in het westen van het land, met name Amsterdam, Den Haag en Leiden, was gevestigd en die zich voornamelijk richtte op beter gesitueerde patiënten. De particuliere psychotherapeutische markt was uitermate krap, vooral als het psychoanalyse betrof: slechts weinig mensen konden zich een langdurige en kostbare psychoanalyse veroorloven, als ze al het nut

---

[1348] De Goei 1995, 8-11.

[1349] Zie verder 2.5.6. Moeilijke kinderen.

[1350] Volgens Poslavsky (1993), die twee Nederlandse psychiatrische tijdschriften analyseerde op de behandeling van hysterie, drong de psychoanalyse in de jaren 1909-1939 niet echt door in de psychiatrie. Beumer (1991) stelt dat in de inspectieverslagen over de inrichtingspsychiatrie nauwelijks iets is te vinden over de toepassing van de psychoanalyse en evenmin van de fenomenologie.

[1351] Zie 1.6.2. Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest. Zie over de psychoanalytische duiding van psychosen, in het bijzonder schizofrenie, in Endegeest ook ook 2.3.5. Gestichtsheren verenigd.

ervan inzagen. Bovendien vereiste de psychoanalyse, die in tegenstelling tot hypnose en suggestietherapieën de zelfreflectie van patiënten centraal stelde, een zeker intellectueel niveau, verbale begaafdheid en introspectief vermogen zodat zij de eigen persoonlijkheid in psychologische termen konden begrijpen. De psychoanalytische beweging was elitair en exclusief en hetzelfde gold voor haar clientèle. In dit opzicht waren de eerder ontwikkelde hypnotische en suggestietherapieën, die gericht waren op morele en emotionele beïnvloeding en overreding en die verder niet ingingen op de diepere psychologische oorzaak van het lijden, voor een breder publiek toegankelijk dan de psychoanalyse.

Naast de vrijgevestigden die zich toelegden op de psychoanalyse, waren er ook zenuwartsen met eigen praktijken die een grotere variëteit aan behandelingen boden en daarmee ook een ruimere patiëntenkring bereikten. In zijn autobiografie beschrijft een Amsterdamse zenuwarts hoe hij in de jaren twintig een grote en drukke praktijk aan huis opbouwde voor zowel ziekenfondspatiënten als particulieren. Hij paste zowel somatische behandelingen als hypnose en suggestie als therapeutisch middel toe, de laatste twee vooral bij 'neurose-lijders'. Persoonlijke aandacht, geduldig luisteren, vertrouwen opbouwen en bemoedigen zouden de beste remedie voor dit soort patiënten vormen.

> Wat een lijdensgeschiedenissen, waarvan de omgeving vaak niets vermoedde. Angst voor dit, angst voor dat, radeloze angst, waarvoor ze geen uitweg meer wisten, die het diepste van hun wezen aanvrat en geen werkelijk levensgeluk toeliet. Zo voor de omgeving glimlachend, hun angsten verbergend, verbeten zij zich in hun levenstaak. Werd het hun al te zwaar, dan volgde soms een zelfmoordpoging, die zelden gelukte. De huisarts had gewoonlijk geen tijd voor hen. Zij kwamen vaak niet eens eraan toe, hun diepe problemen, levensangst, straatangst, ziektevrees of sexuele moeilijkheden de huisarts voor te leggen. Met drankjes en poedertjes was hier niets te beginnen, dat wisten die patiënten zelf heel goed. […] Zo zaten zij daar, de ongelukkigen, de gestranden op de levenszee en vertelden hun levensgeschiedenis. Zo werd er een stil, onzichtbaar weefsel tussen ons geweven, dat alléén voor óns en tussen óns bestond. Ik liet ze spreken, onderbrak ze alleen af en toe met een aanmoediging om verder te gaan. Of als ze zich schaamden en het gesprek een andere richting wilden geven om het een of ander voorlopig nog voor mij te verbergen, liet ik ze met enkele woorden voelen, dat ik de rest al zo een beetje kon raden en zij er beter maar meteen mee voor de dag konden komen. […] De binding met de zenuwarts betekent een voor het eerst opademen, de geboorte van de hoop op genezing. […] Het was een vertrouwensvolle overgave van de patiënt aan de dokter, een zich stil zwijgend openstellen, om de genezende suggesties van hem te ontvangen. […] Zo kon ik dan mijn genezende woorden in hun ziel laten vloeien, als een balsem in een wonde. Ik zag de mensen geestelijk weer opleven, al soms na één behandeling, in de meeste gevallen na enkele weken.[1352]

Hoe klein de meer gespecialiseerde psychotherapeutische markt was, bleek in de jaren dertig uit de afwerende houding van sommige Nederlandse analytici tegenover

[1352] Niemandsland 1948, 169-173.

enkele buitenlandse collega's die vanwege het nazisme vanuit Duitsland naar Nederland uitweken: de angst voor concurrentie speelde hierbij een belangrijke rol.[1353] Al in 1930 betoogde Rümke in een voordracht voor de NVGV dat deze behandeling te weinig toegankelijk was, vooral voor minvermogenden. De onwetendheid van artsen en het publiek en het wijdverbreide wantrouwen tegen de psychiatrie speelden psychotherapeuten ook parten, aldus Rümke. Dit alles was te betreuren want ook voor algemene levensproblemen kon de psychotherapeut goede diensten bewijzen. Naast neurosen, seksuele aberraties en persoonlijkheidsstoornissen behandelde hij zelf in zijn particuliere praktijk ook conflicten op het werk en in het huwelijk; vaak zouden scheidingen door middel van psychiatrische hulp te voorkomen zijn.[1354] Later voegde hij daaraan toe dat psychotherapie ook goede diensten kon bewijzen om 'de ontplooiing van den mensch tot zijn volle rijpheid' te bevorderen.[1355]

Met name K.H. Bouman begon zich eind jaren dertig in te zetten voor een uitbreiding van deze behandelwijze buiten de particuliere sector, waarbij hij op de mogelijk preventieve werking ervan wees. De psychotherapeutische behandeling van neurosen kon voorkomen dat deze zich tot ernstiger psychische stoornissen ontwikkelden en zo bijdragen aan de geestelijke volksgezondheid. Zijn streven naar een publiek behandelingsinstituut in Amsterdam - naar het voorbeeld van andere steden in het buitenland[1356] en van de door ziekenfondsen en gemeenten gefinancierde medische poliklinieken voor on- en minvermogenden - stuitte aanvankelijk op weerstanden vanuit kerkelijke kring en ook ontbrak het aan financiering. Het optimisme omtrent de heilzame werking van psychotherapie, waarvan Rümke en Bouman blijk gaven, werd overigens door Carp getemperd. Onder verwijzing naar steekproeven in zijn universiteitskliniek, waar verschillende varianten van psychotherapie toepassing vonden, bleek volgens hem dat de effecten ervan, als ze al meetbaar waren, teleurstelden. Ook merkte hij op dat de persoonlijkheid van de therapeut en diens levensbeschouwing waarschijnlijk van groter belang waren dan de gevolgde methodiek.[1357]

De institutionalisering van de psychoanalyse verliep minder voorspoedig dan de verbreiding van het gedachtegoed. Rond de Eerste Wereldoorlog bestond er binnen en buiten de psychiatrische wereld enige geestdrift voor de psychoanalyse en waren de verwachtingen hooggespannen. Toen de psychoanalyse als georganiseerde beweging in de loop van de jaren twintig meer en meer sektarische kenmerken vertoonde en haar woordvoerders zich zelfgenoegzamer en onbuigzamer opstelden tegenover de buitenwereld en degenen die niet recht in de leer zouden zijn, verbleekte het enthousiasme onder psychiaters enigszins. De hechte organisatie en doelbewuste strategie ondersteunden de vestigingsstrijd en de verspreiding van de psychoanalyse, maar het daarmee gepaard gaande dogmatisme en de arrogantie riepen ook weerstanden op. De interne conflicten en rivaliteit die de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse (NVPA) plaagden, deden het imago van de psychoanalyse evenmin goed. Niet alleen de onenigheid over de juiste interpretatie van de psychoanalytische theorie, vooral in verband

---

[1353] Brinkgreve 1984, 50-52, 145.
[1354] Rümke 1931.
[1355] Rümke 1944, 269.
[1356] In 1938 hield de in de Londense Tavistock kliniek werkzame psychiater C. Miller een voordracht over psychotherapie in Amsterdam. De Waardt 2005, 186.
[1357] Carp 1938a en Carp 1938b; vergelijk Rooijmans 1998, 62.

met de tegenstellingen tussen enerzijds Freud en anderzijds Jung en A. Adler, ook de vragen of leken zonder medische opleiding de psychoanalyse mochten beoefenen, of psychoanalytici in spe als onderdeel van hun opleiding zelf een leeranalyse moesten ondergaan en wie de bevoegdheid had om nieuwe analytici op te leiden, zorgden voor verdeeldheid onder zenuwartsen en hadden in de jaren dertig en veertig zelfs afsplitsingen binnen de psychoanalytische beweging tot gevolg.[1358]

De psychoanalyse had in Nederland ingang gevonden via de psychiatrie en mede vanwege het aanzien en de invloed die artsen genoten, kon zij invloed verwerven, maar de algemene belangen van zenuwartsen en de doeleinden van de psychoanalytische beweging en met name van de orthodoxe Freudianen daarin bleken niet altijd naadloos samen te vallen. Niet alleen de opvolging van Jelgersma door Carp zorgde voor conflictstof tussen de kern van de psychoanalytische beweging en de rest van de psychiatrische wereld, ook de opleiding en de bevoegdheden op het terrein van de psychoanalyse gaven aanleiding tot spanningen. Evenals bij het vraagstuk van de lekenanalyse waren in de kwestie van de al dan niet verplichte leeranalyse de professionele belangen en de medische status van zenuwartsen in het geding. Zij achtten zich op grond van hun medische opleiding competent om zich met de psychotherapie (en derhalve ook de psychoanalytische variant ervan) bezig te houden; hun deskundigheid moest niet worden verward met psychologisch zelfonderzoek. G. Jelgersma wees in dit verband op het gevaar dat de leeranalyse onevenwichtige, neurotische mensen zou aantrekken, die zich niet om beroepsmatige, maar om persoonlijke redenen op de psychoanalyse toelegden. Zenuwartsen hadden geen belang bij analyse door leken, die Freud zelf en andere leidende psychoanalytici voorstonden.[1359]

Zenuwartsen waren beducht voor mogelijke concurrentie op de psychotherapeutische markt. Eind jaren dertig werd in de NVPN met zorg geconstateerd dat diverse behandelaars zonder medische bevoegdheid psychotherapie bedreven. Onder de vlaggen van 'psychologische behandeling', 'individualpsychologie' 'psychoanalyse', 'paedagogische adviezen' en 'psychometrie' zou veel 'kwakzalverij' schuil gaan, 'waardoor vaak schade aangericht wordt'.[1360] Het ging behalve om gewone 'kwakzalvers' zonder enige opleiding ook om academisch opgeleide psychologen, pedagogen, niet-medisch opgeleide psychoanalytici en juristen.[1361] Het bestuur van de vereniging stelde in 1938 een commissie in om de verbreiding van de niet-medische psychotherapie nader te onderzoeken en om na te gaan of er maatregelen tegen te nemen waren. Deze commissie hield een enquête onder de leden, waarbij zij de vragen kregen voorgelegd welke niet-medische behandelaars hen bekend waren, of zij dergelijke praktijken wel of niet gewenst achtten en of de zenuwartsen zelf op dit terrein tekortschoten.[1362] Van de ongeveer 300

[1358] Brinkgreve 1984, 137-180; Stroeken 1997.

[1359] Overigens konden niet-medici alleen buitengewoon lid van de NVPA worden, bezaten ze geen stemrecht en hielden psychologen zich nog nauwelijks bezig met psychotherapie en psychoanalyse.
Brinkgreve 1984, 124; Heuves 1997.

[1360] Ongedateerde brief Carp, Sillevis Smitt, Westerman Holstijn en De Bois, Archief NVPN.

[1361] De Bois 1939, 68-69.

[1362] Ongedateerde brief Carp, Sillevis Smitt, Westerman Holstijn en De Bois, Archief NVPN. Wat betreft de laatste vraag schreef een van de commissieleden, Westerman Holstijn, dat deze 'bepaald zeer gewenscht is, aangezien we er anders op kunnen rekenen, dat bepaalde personen ons eenige zeer kwaadaardige

verzonden enquêteformulieren werden er zo'n 70 geretourneerd, waarop in totaal 34 namen vermeld stonden van leken die op enigerlei wijze tegen betaling psychotherapie beoefenden. De grote meerderheid van de geënquêteerde zenuwartsen achtte dergelijke praktijken onwenselijk of vond dat er beperkingen aan gesteld moesten worden. Tegelijkertijd gaven zij aan dat de zenuwartsen op het gebied van de psychotherapie tekortschoten: het ontbrak velen aan kennis en competentie op dit gebied en ook het aanbod van deze behandeling voor minder draagkrachtige patiënten, bijvoorbeeld op poliklinieken in de grote steden, liet te wensen over.[1363]

Voor de commissie was deze uitkomst aanleiding om te pleiten voor een verdediging van het medisch alleenrecht op psychotherapie: aangezien het om een geneeskundige behandeling ging, konden zenuwartsen zich beroepen op de Wet op de uitoefening van de geneeskunst van 1865, die bepaalde dat medische behandelingen waren voorbehouden aan artsen.[1364] Tegelijkertijd constateerde de commissie dat zenuwartsen de concurrentie van leken op dit werkterrein ook aan zichzelf te wijten hadden, omdat de specialisering in de psychotherapie zover was gegaan dat velen ver verwijderd waren geraakt van de kern van de geneeskunde: daardoor waren zij in een grensgebied terechtgekomen en was het onvermijdelijk dat zij andere beroepsbeoefenaren tegenkwamen. Daarom was het raadzaam om in overleg te treden met de beroepsverenigingen van psychologen, psychoanalytici en pedagogen ten einde tot een vergelijk te komen omtrent de afgrenzing van het medische en niet-medische werkterrein.[1365]

In de vergadering die de NVPN aan de uitkomsten van de enquête wijdde werd opgeroepen om actie te ondernemen tegen 'psychotherapeutische kwakzalvers'.[1366] Anderzijds wezen enige leden erop dat psychotherapie deels van niet-medische oorsprong was en dat niet alle op dit terrein werkzame leken - bijvoorbeeld 'het groote leger van heilpaedagogen en ambtenaren aan opvoedingsinrichtingen' en enkele psychoanalytici zonder artsendiploma - malafide waren.[1367] Anderen brachten naar voren dat de niet-medische psychotherapiepraktijken een gevolg waren van de werking van de markt. 'Het publiek bepaalt en krijgt het aantal kwakzalvers dat het verlangt en dat het waard is', aldus H.W. Stenvers. Een Haagse zenuwarts wees erop dat zijn woonplaats, waar veel zenuwartsen gevestigd waren, tegelijkertijd het hoogste aantal 'psychische kwakzalvers' kende.[1368] Onder het publiek bestond blijkbaar een behoefte aan deze behandeling, waaraan zenuwartsen niet in voldoende mate konden tegemoetkomen. Bovendien was het

---

opmerkingen over de betere kennis van bepaalde leeken zullen maken, zoodat het wijzer is, hen voor te zijn, en de mogelijkheid van eigen tekorten voorop te stellen.'

[1363] Resultaat Enquête betreffende de Kwakzalvery, Archief NVPN.

[1364] In de praktijk werd er alleen tot strafrechtelijke vervolging overgegaan als aan het licht kwam dat de uitoefening van de geneeskunst door leken ernstige schade teweegbracht aan de (lichamelijke) gezondheid van patiënten. Bij psychotherapie zal dit in de regel niet het geval zijn geweest. Vergelijk Bijl 2000.

[1365] De Bois 1939. Er bestonden op dat moment twee verenigingen voor psychologie: de in 1927 opgerichte Nederlandsche Vereeniging voor Psychologie, die behalve voor psychologen ook open stond voor medici en andere beoefenaars van de 'zielkunde', en het in 1938 tot stand gekomen Nederlandsch Instituut van Praktiserende Psychologen (NIPP) een meer exclusieve belangenvereniging voor afgestudeerde psychologen die zich bezighielden met 'psychotechniek', de testpsychologie en het persoonlijkheidonderzoek op het gebied van de beroepskeuze, het onderwijs en het bedrijfsleven.

[1366] Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 130.

[1367] Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939,132-133.

[1368] Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 131, 135.

probleem dat het publiek en de meeste huisartsen niet op de hoogte waren van wat tot 'het indicatie-gebied van de moderne psychiatrie' behoorde: zo waren zenuwartsen er nog niet in geslaagd om duidelijk te maken dat zij de aangewezen deskundigen waren om 'moeilijke kinderen, karakter-moeilijkheden, huwelijks-moeilijkheden, sexueele moeilijkheden' te behandelen. 'Doordat de leeken met deze indicatie-gebieden adverteeren vat de meening post, dat het geheel en al hun afdeeling is en komen wij niet eens in aanmerking.'[1369] Al eerder had Westerman Holstijn als lid van het bestuur van de NVPN erop gewezen dat de 'kwakzalverij' in de hand werd gewerkt door het ontbreken van gedegen psychotherapeutische scholing in de opleiding tot zenuwarts en een registratie van geschoolde psychotherapeuten.[1370]

Veel zenuwartsen die psychotherapie bedreven lieten zich ook door andere voorbeelden dan Freud inspireren en keerden zich tegen een exclusieve positie van de psychoanalyse. Dit leidde ertoe dat er in 1930 naast de psychoanalytische een algemene vereniging voor psychotherapie kwam. De Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (NVPT), die zich ten doel stelde de ontwikkeling van de psychotherapie te bevorderen, hechtte meer belang aan de medische opleiding dan aan een grondige psychoanalytische vorming. Alleen zenuwartsen die de psychotherapie beoefenden konden lid worden van de vereniging. Voor andere artsen, die van belangstelling voor de psychotherapie blijk gaven, was alleen een buitengewoon lidmaatschap weggelegd.[1371] De oprichting van de NVPT was onderdeel van een bredere Europese ontwikkeling rond psychotherapie, waarbij de Duitse *Allgemeine Aerztliche Gesellschaft für Psychotherapie* (1928) met leden uit Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nederland de toon aangaf en het streven erop was gericht de medische status ervan te handhaven en een monopolievorming van de psychoanalyse te voorkomen.

Hoewel de eerste leden van de NVPT bijna allemaal ook lid waren van de NVPA - de analytici Van der Hoop en H.G. van der Waals waren voorzitter respectievelijk secretaris van de NVPT - en alleen de psychoanalyse een theoretisch onderbouwde psychotherapeutische methode bood, hield de nieuwe vereniging net zoals haar Duitse pendant enige afstand van de orthodoxe psychoanalyse en stond zij een verbreding van de psychotherapie voor ten einde de clientèle uit te breiden. Leden als Carp, Van der Horst, K.H. Bouman, Rümke en Sillevis Smitt hielden zich naast de psychoanalyse ook bezig met andere vormen van psychotherapie zoals de 'Individual-Psychologie', de 'directieve therapie', de 'psycho-cathartische behandelingsmethode' en hypnose. Rümke ontwikkelde een eigen 'analytisch-synthetische methode' en Carp onderscheidde zich met de 'psychagogie' en 'suggestietherapie'; na de oorlog zou de laatste zich toeleggen op groepstherapie en psychodrama.[1372] De NVPT, die studiebijeenkomsten, lezingen en trainingen organiseerde, ijverde voor de financiering van psychotherapie als reguliere medische behandeling en de opzet van een algemeen erkende opleiding, waarbij zij (tevergeefs) erkenning en steun van de NVPN zocht.[1373]

[1369] Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 134.
[1370] Notulen vergadering bestuur NVPN 16-9-1933, Bijlage bij punt 6 van de agenda, in zake aanwijzing van specialisten, Archief NVPN.
[1371] Van der Hoop en Van der Waals 1930; vergelijk Notulen bestuursvergadering NVPN 4-10-1930, Archief NVPN.
[1372] Carp 1939b; vergelijk Abma en Weijers 2004, 70.
[1373] Reijzer 1993, 23-27.

Ondertussen ging de Nederlandse psychoanalytische beweging bijna aan interne strijd ten onder. Deze spitste zich toe op de beheersing van de opleiding. Met de oprichting in 1930 van het Nederlandsch Instituut voor Psychoanalyse in Den Haag onder leiding van J. van Ophuysen, de toenmalige voorzitter van NVPA, werd de eerste aanzet gegeven tot een geregelde opleiding, maar deze kwam niet van de grond omdat een groep Amsterdamse analytici, waarin vooral Westerman Holstijn op de voorgrond trad, Van Ophuysens leiderschap betwistte. Terwijl Van Ophuysen, die in de eerste plaats psychoanalyticus was en zich minder verbonden voelde met de gevestigde medische psychiatrie, bijval kreeg van de internationale beweging, zocht Westerman Holstijn, wiens loyaliteit in de eerste plaats de psychiatrie in het algemeen gold, steun bij de NVPN. De machtsstrijd leidde ertoe dat Van Ophuysen in 1933 zijn voorzitterschap neerlegde en een nieuwe organisatie oprichtte, de Vereeniging van Psychoanalytici in Nederland, die in 1938 weer opging in de NVPA. Ook naar aanleiding van de komst van enkele joodse analytici uit Duitsland en Oostenrijk, die na de nazistische machtsovername in Nederland een goed heenkomen zochten, kwamen de groepen onder leiding van respectievelijk Van Ophuysen en Westerman Holstijn tegenover elkaar te staan. Terwijl de internationaal georiënteerde Van Ophuysen de vestiging van de Duitse en Oostenrijke analytici in Nederland toejuichte, verwoordde de meer nationaal denkende Westerman Holstijn de weerstand ertegen: vrees voor concurrentie op de kleine psychotherapeutische markt en voor intellectuele overvleugeling door de immigranten, die internationaal veel prestige genoten, speelde hierbij een rol. Meer in het algemeen bestond er onder zenuwartsen beduchtheid voor concurrentie van buitenlandse beroepsbeoefenaren. Met name enkele Duitse psychiaters die in de jaren dertig in Nederland praktiseerden, gaven het bestuur van de NVPN aanleiding een brief aan de regering te schrijven om die aan te zetten tot maatregelen: vanwege het ontbreken van het Nederlandse artsendiploma waren zij immers naar de letter van de wet niet bevoegd om hier de geneeskunde te beoefenen.[1374]

In de strijd om de toelating van leken en de verplichte leeranalyse won het door de internationale psychoanalytische beweging gesteunde kamp uiteindelijk het pleit en ook in de kwestie van de buitenlandse analytici trok dit aan het langste eind: zij kregen een plaats in de Nederlandse psychoanalytische wereld. Evenals Van Ophuysen, die naar de Verenigde Staten emigreerde, verliet Westerman Holstijn de NVPA, naar eigen zeggen vanwege de 'broedstoofsfeer' en het 'groepsnarcisme'.[1375] Naar aanleiding van congresbezoeken in Engeland, België en Duitsland merkte Westerman Holstijn op dat de Nederlandse psychoanalyse, hoewel van hoog niveau, werd geteisterd door 'verstarring' en 'wederzijdsch wanbegrip':

> het aan stokpaardjes vastkleven is bij ons nog zeer groot […] Men verschanst zich in geïsoleerde clubs waar andersdenkenden geweerd worden, doch het belangrijkste, het openlijk in kleinen kring ter tafel brengen van het beste wat men te geven heeft, het zichzelf openstellen voor beïnvloeding door andere wetenschappelijke inzichten, ontbreekt.[1376]

[1374] Notulen vergadering bestuur NVPN 22-7-1935; vergelijk 11-12-1935, Archief NVPN; De Bois 1939.
[1375] Brinkgreve 1984. 177-178.
[1376] Westerman Holstijn 1938, 630.

De opleiding kwam uiteindelijk echter in Amsterdam terecht, mede door de daadkracht van J.A. Lampl-de Groot, die na een verblijf in Wenen en Berlijn in 1938 naar Nederland kwam en die naast R. le Coultre als leeranalyticus werd aangewezen. Toen in 1941 de verordening werd afgekondigd dat joden niet langer lid mochten zijn van gemengde verenigingen, werd de NVPA ontbonden en werkten de analytici ondergronds door. De conflicten over de immigranten en de opleiding verdwenen naar de achtergrond. Joodse analytici organiseerden zich apart in een Joods Psychiatrisch Consultatiebureau als onderafdeling van de Joodsche Raad en het Amsterdamsch Joodsch Psychiatrisch Gezelschap. Nadat Lampl-de Groot en Le Coultre tijdens de oorlog de fundamenten voor een opleiding hadden gelegd die de goedkeuring van de Vereeniging kon wegdragen, werd in 1946 het Psychoanalytisch Instituut opgericht dat zich ontwikkelde tot het nationale centrum van opleiding en praktijkuitoefening. Daarmee verschoof het zwaartepunt definitief van Den Haag naar Amsterdam.

Nabeschouwing

In hoofdstuk 2.3. over de krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen hebben wij kennisgemaakt met Fré Dommisse, die mede op basis van haar eigen ervaringen als patiënt, twee boeken schreef. Het eerste boek verhaalde van de wederwaardigheden van een jonge vrouw, die tijdens en kort na de Eerste Wereldoorlog meerdere keren in gestichten en sanatoria werd opgenomen. Haar tweede publicatie was een verslag van de veranderingen die zich sedertdien, tot aan het eind van de jaren dertig, in de gestichten en inrichtingen hadden voorgedaan. Er lijkt een wereld van verschil te bestaan tussen het gesticht van vóór en van na de invoering van de actievere therapie, tussen een gestichtscultuur van patiënten 'kleinhouden' dan wel een inrichtingspraktijk waarin zij werden geactiveerd met werk en andere bezigheden ten einde hen weer enige verantwoordelijkheid en sociale vaardigheden te geven. Dommisse liet er geen misverstand over bestaan dat zij de actievere therapie als puur winst beschouwde, zeker wanneer deze gepaard ging met de nodige inzet en betrokkenheid van verplegenden en ook artsen. Van der Scheer had zich geen betere leken-propagandiste kunnen wensen!

De vraag is natuurlijk wel hoe theorie en praktijk zich tot elkaar verhielden en wat de veranderingen in de gestichten en inrichtingen concreet voor de direct betrokkenen, te beginnen met de patiënten, inhielden en betekenden. Wat kwam er in feite terecht van de actievere therapie en andere 'beloftes van het nieuwe', zowel qua toepassing als qua resultaten? Uit de door Vijselaar onderzochte dossiers van Endegeest, Voorburg en Wolfheze komen de jaren twintig en dertig naar voren als decennia van een verhoogde 'therapeutische' activiteit.[1377] Maar wat betekende therapeutisch eigenlijk? Wat indertijd voor therapie doorging of kon doorgaan en wat niet, was niet scherp en al helemaal niet eng afgebakend. De overgang tussen geneeskundige, dat wil zeggen op genezing of verbetering gerichte behandelvormen - therapie in engere zin -, maatregelen om onrust te beteugelen en het bieden van bezigheden, lijkt betrekkelijk vloeiend te zijn geweest. Vijselaars constatering dat bedbehandeling, medicijnen en ook somnifeen voor een niet onbelangrijk deel dienden als 'rustgevende' middelen, om onrust en opwinding te temperen, onderstreept dit nog eens. Met andere woorden: eenzelfde behandelvorm kon met uiteenlopend oogmerk worden toegepast, als therapie in engere zin, dan wel om onrust te bestrijden, of een combinatie van beide.

Als het om de actievere therapie gaat, valt uit herinneringen en opstellen van verplegenden op te maken dat veel meer patiënten dan voorheen, ook onrustige, waren te 'bereiken' en te activeren. Op welke schaal en op welke wijze dit in de diverse inrichtingen daadwerkelijk gebeurde is minder eenvoudig vast te stellen. Bovendien: wanneer was er eigenlijk sprake van actievere therapie en wanneer gewoon van arbeid of arbeidstherapie? Hoe dan ook fungeerde arbeid ofwel het percentage werkende patiënten, als belangrijkste maatstaf in rapportages over de invoering en de resultaten van de actievere therapie.[1378] De door Vijselaar geanalyseerde patiëntendossiers van Endegeest, Wolfheze en Voorburg verschaffen geen eenduidig uitsluitsel over de mate waarin en de manier waarop de beginselen van de actievere therapie toepassing vonden. Hoewel werkverschaffing, naar hij aangeeft, nooit onbelangrijk was geweest, viel er in de jaren twintig en dertig wel een toename van arbeidsverrichtingen te bespeuren onder de nieuw

[1377] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.
[1378] Zie Van der Scheer 1933, 61-62.

opgenomen patiënten. Het aantal van zo'n negentig procent arbeidende patiënten dat Van der Scheer in 1933 voor Santpoort opvoerde, vindt echter bij lange na geen bevestiging in de door Vijselaar onderzochte dossiers. Die leverden op het hoogtepunt, onder de in 1930 opgenomen patiënten, een score op van ongeveer twee-derde arbeidende patiënten.[1379]

In de individuele dossiers viel de introductie van de actievere therapie minder nadrukkelijk terug te vinden dan aanvankelijk verwacht. De duidelijkste verandering kwam voor in dossiers van chronische patiënten die, na jaren of soms decennia van nietsdoen, vanaf het eind van de jaren twintig aan het werk werden gezet. Dit vergde dan wel extra toezicht en aandacht van de kant van de verpleging. Daarnaast getrooostten artsen en verplegenden zich na 1925 meer moeite om patiënten zo spoedig mogelijk na hun opname aan het werk te krijgen. Verwijzingen naar het gebruik van sancties of dwang zijn betrekkelijk schaars. In een enkel dossier viel te lezen dat een patiënte alleen onder strenge tucht, onder meer door overplaatsing naar de onrustige afdeling, aan het werk viel te krijgen en te houden.[1380] Van kortdurende verwijderingen uit de groep, zoals behandeld in leerboeken voor de krankzinnigenverpleging en gememoreerd door oud-verplegenden, alsook van positieve sancties - evenzeer behorend tot de beginselen van de actievere therapie - ontbreekt ieder concreet spoor in de dossiers.

Over andere aspecten van de actievere therapie, zoals ontspanning na gedane arbeid, sport of feestelijkheden, valt evenmin veel op te maken uit de dossiers. Uit de verhalen en de opstellen van de oud-verplegenden blijkt evenwel dat zij ook hieraan grote waarde hechtten en zich ervoor hadden ingezet, dikwijls overeenkomstig hun eigen kundigheden en interesses. Zo trachtten zij, al naar gelang de personele, ruimtelijke, materiële en financiële omstandigheden dat toelieten, invulling te geven aan de idee van de 'kleine gestichtsmaatschappij' en de geesteszieken op te voeden tot ordelijk, rustig, arbeidzaam en verantwoordelijk gedrag. Ook indien terugkeer naar de grote maatschappij een brug te ver zou blijken te zijn, dan nog viel de actieve deelname aan de kleine maatschappij te prefereren boven inactiviteit.

Over de nieuwe somatische kuren uit het interbellum kunnen we verder kort zijn: die hadden over het geheel genomen een tamelijk beperkt bereik en werden overwegend ingezet bij patiënten die nog niet lang ziek waren. Met name de shockkuren konden bij patiënten angst en weerstand oproepen.[1381] Van de kant van de verpleging vielen gemengde, soms zelfs uitgesproken negatieve geluiden over deze kuren te beluisteren, bijvoorbeeld van de kant van de eerder geportretteerde Kaptijn.

Over het geheel genomen geeft het interbellum een bescheiden verbetering van de materiële levensomstandigheden in de gestichten te zien. Die manifesteerde zich niet zozeer in een toename van de beschikbare leefruimte voor patiënten, als wel in een plezieriger aandoende inrichting ervan en meer aandacht voor de kwaliteit van het voedsel – dit ter voorkoming van ziekten als tuberculose. Sport- en ontspanningsactiviteiten kregen een vaste plaats in het leven van de inrichting. Zoals geneesheer-directeur Engelhard van de Willem Arntsz Stichting in 1936 schreef: een psychiatrische inrichting moet dusdanig zijn ingericht en gesitueerd 'dat de patiënten, het

---

[1379] Vijselaar komt voor het door hem geanalyseerde bestand aan dossiers tot de volgende percentages arbeid: 44 procent van de in 1900 nieuw opgenomen patiënten, 53 procent in 1910, 57 procent in 1920, 63 procent in 1930 en 50 procent in 1940. Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.
[1380] Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.
[1381] Zie bijvoorbeeld Blok 1997a, 147-150.

personeel en de bezoekers er gaarne vertoeven'.[1382] In de loop van de jaren dertig kwam het ook her en der tot de organisatie van gezamenlijke uitstapjes. Bovendien konden patiënten toestemming vragen om gedurende een bepaalde periode met vakantie te gaan.[1383] Met ingang van 1930 bevatten de jaarlijkse algemene overzichten van het Staatstoezicht zelfs een subrubriek 'met vacantieverlof', naast die van 'proefverlof', in de kolom van de tijdelijk afwezigen.

De economische crisis van de jaren dertig beroerde de gestichten op tweeërlei wijze. Enerzijds moesten zij op last van de rijksoverheid vijf à tien procent op de exploitatielasten bezuinigen.[1384] De voornaamste besparing bestond uit een verlaging van de personeelslasten door middel van salarisvermindering. Anderzijds kregen gestichten tijdelijk te maken met een stagnatie of zelfs teruggang van het aantal opnamen.[1385] Gemeenten stelden zich tijdens de crisisjaren terughoudender op om opnamen te betalen voor hun armlastige ingezetenen. Dat betekende minder inkomsten voor de gestichten, tenzij ze minder patiënten ontsloegen. Van de Noord-Hollandse inrichtingen is bekend dat ze inderdaad deze lijn volgden. Geneesheer-directeur Kraus van Santpoort verdedigde dit beleid door erop te wijzen dat het te riskant was om patiënten in deze moeilijke tijden, anno 1931, te laten terugkeren naar de maatschappij.[1386]

De economische conjunctuur was ook van grote betekenis voor de ontwikkeling van de voor- en nazorg ofwel sociale psychiatrie en in mindere mate ook voor de psychohygiëne. De problemen in de krankzinnigenzorg en de noodzaak om te bezuinigen op de kosten ervan vormden belangrijke stimulansen voor de ontwikkeling van de voor- en nazorg en tot op zekere hoogte ook voor de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Beide hadden tot doel om door opvang in de maatschappij en preventie de toestroom naar de gestichten en inrichtingen in te dammen en op de kosten van de krankzinnigenzorg te besparen. Deze strevingen hadden echter effecten die voor een deel het tegendeel bewerkstelligden dan voorzien was. De nieuwe sociaal-psychiatrische en psychohygiënische voorzieningen, die op zichzelf ook nieuwe kosten met zich meebrachten, leidden tot een uitbreiding van het psychiatrisch domein: ze kregen namelijk ook mensen in het vizier die daarvoor buiten het blikveld van de psychiatrie waren gebleven. Hoewel wij niet beschikken over harde cijfers, zijn er aanwijzingen dat de voor- en nazorg met zich meebracht dat meer mensen met geestesstoornissen voor kortere duur werden opgenomen.

De andere extramurale voorziening die in het interbellum het licht zag, het MOB, was bedoeld om door middel van vroegtijdig ingrijpen bij kinderen, vooral in geval van verwaarlozing en crimineel gedrag, geestesziekte te voorkomen. In dat licht zou het voor de hand hebben gelegen dat het MOB zich richtte op kinderen met ernstige psychische en gedragsstoornissen. Zoals we hebben gezien ontstond in deze instelling echter al gauw een tendens om dergelijke cliënten buiten de deur te houden en zich te beperken tot kinderen met minder zware mentale en gedragsproblemen alsook opvoedingsmoeilijkheden waarmee ouders uit de midden- en geschoolde arbeidersklasse kampten. Een dergelijke neiging om als het ware een aanspreekbare en handelbare

---

[1382] Engelhard 1936, 115.
[1383] Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 172.
[1384] De Goei 2001, 124.
[1385] Zie tabel 2.1 in 2.3.2. De gestichts- en inrichtingsbevolking.
[1386] Zie Blok 1997a, 147.

clientèle te selecteren zou zich in de verdere ontwikkeling van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid nog herhaaldelijk voordoen. Ook de hiermee verbonden psychologiserende benadering van de psychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters in het MOB was het begin van een tendens in een belangrijk deel van de extramurale psychiatrie, zoals we in de delen 3 en 4 zullen zien.

Naast bezuinigingen speelden ook andere, inhoudelijke motieven een rol bij de opkomst van de voor- en nazorg en de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Nieuwe opvattingen over geestesziekte, behandeling en bejegening van psychiatrische patiënten alsook de maatschappelijke rol van de psychiatrie deden hun invloed gelden. Het in 1916 geïntroduceerde onderscheid tussen gestichtsopname met rechterlijke machtiging en opname in een inrichting op louter medische indicatie is in zekere zin vergelijkbaar met het verschil dat in de sociale psychiatrie werd gemaakt tussen krankzinnigheid, waarvoor opname nodig was, en geestesstoornissen zonder hinderlijk of gevaarlijk gedrag, waarvoor alternatieve zorgpraktijken mogelijk een oplossing boden. Wat behandeling betreft overlapten het ideeëngoed van de actievere therapie in de inrichtingspsychiatrie en de sociaalpsychiatrische visie van pioniers als Pameijer, H.C. Jelgersma en Querido. Het gemeenschappelijk element was een sociaal- en moreel-pedagogische benadering van geesteszieken, waarbij op de achtergrond de vigerende ideeën over burgerschap - vooral in termen van verantwoordelijkheid, zelfbeheersing en arbeidzaamheid - een rol speelden. In het interbellum kwam de opvoedkundige oriëntatie inclusief sociale begeleiding en ondersteuning centraal te staan in de Nederlandse inrichtings- en sociale psychiatrie. Hetzelfde gold voor de Nederlandse psychiatrische verpleegkunde, die met haar eigen, van de algemene verpleegkunde gescheiden opleiding alsmede met het grote aandeel van mannen, in internationaal opzicht een bijzondere positie innam. Daarnaast won de psychologiserende optiek enig terrein, hoewel het bereik ervan veel kleiner was dan dat van de actievere therapie en sociale psychiatrie. De psychoanalyse vond aanhang onder universitaire en vrijgevestigde psychiaters en verwierf in het bijzonder in de zich ontkiemende kinderpsychiatrie en MOB-hulpverlening een dominante positie. (Opvallend is de belangrijke rol die vrouwen op de twee laatste werkterreinen speelden.) Ook de in de academische psychiatrie invloedrijke fenomenologie behelsde een psychologiserende invalshoek. Op de psychiatrische praktijk lijkt de fenomenologie echter weinig invloed te hebben gehad. Aan de andere kant van het spectrum was de reikwijdte van de nieuwe medisch-somatische theorieën eveneens beperkt.

Overigens moeten we het nieuwe van de 'beloftes van het nieuwe' wel enigszins relativeren: er was in het interbellum zeker ook sprake van een continuering en vervolmaking van ontwikkelingen die al vanaf het einde van de negentiende eeuw op gang waren gekomen. De (aangewezen afdelingen van) psychiatrische inrichtingen voor opnamen zonder rechterlijke machtiging werden voorafgegaan door tal van geneeskundige instellingen voor zenuwlijders, die ook wel (rustige) geesteszieken toelieten. Ook bleek het krankzinnigengesticht voor de Eerste Wereldoorlog al veel minder gesloten ten opzichte van de maatschappij dan vaak is verondersteld. De beweging voor geestelijke volksgezondheid bouwde voort op het hygiënistische gedachtegoed van de negentiende eeuw en bracht dat deels in de praktijk. De psychopatenwetgeving en de daarmee verbonden TBR-instellingen vormden in feite de bekroning van wat de Nieuwe Richting in het rechtsdenken en de forensische psychiatrie

vanaf het eind van de negentiende eeuw hadden nagestreefd. De psychoanalyse had in het tweede decennium van de twintigste eeuw al aanhang verworven in de Nederlandse psychiatrie. En hoe nieuw was de actievere therapie in theorie en praktijk eigenlijk? Deze vertoonde zekere overeenkomsten met de veel oudere morele behandeling, die in Nederland vanwege de beperkingen van de meeste negentiende-eeuwse stadsgestichten nooit echt tot ontplooiing was gekomen. Het laten werken van gestichtspatiënten - met zowel economische als therapeutische oogmerken - was uiteraard verre van nieuw.

Echt nieuw in het interbellum was wel de gedachte dat psychiatrische inrichtingen niet op zichzelf stonden, maar een centrale schakel zouden moeten vormen in een psychiatrische zorgketen. Deze idee, verwoord door toonaangevende psychiaters als Van der Scheer, K.H. Bouman, Pameijer en Barnhoorn, was echter niet onomstreden. Vooral het meer psychologisch georiënteerde deel van de psychohygiënische beweging wilde niet vereenzelvigd worden met het inrichtingswezen, omdat het elke associatie met gekte en het stigma dat de intramurale psychiatrie nog altijd aankleefde, wilde vermijden. De MOB's richtten zich evenals de vrijgevestigde en grotendeels psychoanalytisch ingestelde psychotherapeuten op een andere clientèle. Voor de verdere ontwikkeling van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid was het van grote betekenis dat de niet-medisch opgeleide Lekkerkerker, die geen enkele affiniteit had met de inrichtingspsychiatrie, het initiatief naar zich toetrok in de overkoepelende organisatie voor de geestelijke volksgezondheid, de NFGV - van groot belang, vooral ook omdat deze in samenspraak met de rijksoverheid financiële middelen verdeelde. De krankzinnigenzorg en de psychohygiëne zouden uit elkaar drijven. Daarbij raakte de grotendeels ten opzichte van de inrichtingen verzelfstandigde voor- en nazorg, die in de ogen van sociaal-psychiaters als Querido de centrale verbindende schakel tussen inrichtingspsychiatrie en het terrein van de geestelijke volksgezondheid zou moeten vormen, wat verweesd. Dat nam niet weg dat met name Querido's gemeentelijke sociaalpsychiatrische dienst internationale aandacht trok. De Engelse psychiater A. Lewis noemde deze in zijn rapport over de Europese psychiatrie, die hij met steun van de Amerikaanse Rockefeller Foundation opstelde, voorbeeldig en veel effectiever dan vergelijkbare instellingen in Moskou en Leningrad.[1387]

In deel 1 hebben wij geconstateerd dat de Nederlandse psychiatrie voor de Eerste Wereldoorlog voor een groot deel een Duits stempel droeg. Ook in het interbellum deden invloeden vanuit de Duitstalige landen zich sterk gelden. Het merendeel van de somatische therapieën, de actievere therapie en de fenomenologische en antropologische psychiatrie waren daar voor het eerst ontwikkeld en beproefd. Ook de voor- en nazorg, de psychoanalyse en andere vormen van psychotherapie waren in hoge mate op Duitse (en Oostenrijkse) voorbeelden geënt. In de loop van de jaren twintig en dertig keken sommige psychiaters en psychohygiënisten echter in toenemende mate naar het westen. Angelsaksische, in het bijzonder Amerikaanse, nieuwigheden, drongen meer en meer door in Nederland, vooral op het terrein van de psychohygiëne. Het MOB en de psychiatrisch-sociaal werkster waren Amerikaanse importproducten. Vooral Lekkerkerker, die voorafgaande aan haar loopbaan in de beweging voor de geestelijke volksgezondheid enige tijd in de Verenigde Staten verbleef, liet zich door Amerikaanse

[1387] Angel, Jones en Neve 2003, 66-67.

praktijken inspireren en andere medewerkers van MOB's volgden opleidingen tot psychiatrisch-sociaal werkster in dat land of in Groot-Brittannië.

In de Amerikaanse beweging voor geestelijke hygiëne, waartoe de voormalige psychiatrische patiënt C.W. Beers het initiatief had genomen, in eerste instantie om de inrichtingspsychiatrie te verbeteren, stonden aanvankelijk een sociaal-hygiënische en een eugenetische richting naast elkaar. Beide beantwoordden aan de ambities van psychiaters om hun werkterrein uit te breiden. Het National Committee for Mental Hygiene (1909) distantieerde zich echter al gauw van de gestichtspsychiatrie en richtte zich op alcoholisme, zwakzinnigheid, (jeugd)criminaliteit, geslachtsziekten en afwijkend sociaal gedrag. Het ondersteunde in het bijzonder de preventie van jeugdcriminaliteit door middel van de *Child Guidance Clinics*, die in de jaren twintig van de grond kwamen en in enkele Europese landen navolging kregen.[1388] Deze kenmerkten zich door een uitgesproken psychosociale aanpak. Meer in het algemeen kregen veel Amerikaanse psychiaters, onder invloed van onder andere de psychoanalyse, in het interbellum steeds meer aandacht voor de betekenis van opvoeding en sociale omgeving voor het ontstaan van psychische stoornissen.[1389] Aan de andere kant was in de Verenigde Staten, evenals in Duitsland, sprake van een samengaan van het psychohygiënische preventiestreven en de eugenetica. Vanaf de eeuwwisseling kwamen in verschillende staten huwelijksverboden voor geesteszieken tot stand en werden in een dertigtal staten wetten ingevoerd die dwangsterilisatie van onder anderen zwakzinnigen en geesteszieken mogelijk maakten.[1390]

In Groot-Brittannië vormde de behandeling van aan *shell-shock* lijdende militairen tijdens en na de Eerste Wereldoorlog een stimulans voor de psychodynamische psychiatrie, met name in het Maudsley ziekenhuis en de Tavistock Clinic in Londen, die zowel intra- als extramurale behandeling van acute psychiatrische stoornissen verzorgden. In de jaren dertig nam het aantal poliklinieken toe en deze gingen ook nazorg voor psychiatrische patiënten bieden. Onder auspiciën van de Britse beweging voor geestelijke hygiëne (1918) kwamen vanaf het eind van de jaren twintig in verschillende steden *Child Guidance Clinics* tot stand. Verder werd de psychohygiënische zorg bevorderd door het aanbod van cursussen in de psychiatrie voor verpleegkundigen en huisartsen en de totstandkoming van opleidingen in het psychiatrisch maatschappelijk werk; de eerste ging in 1929 van start op de London School of Economics, waar ook Nederlandse psychiatrisch-sociaal werksters hun scholing kregen.[1391]

Vooral op het gebied van de geestelijke volksgezondheid vertoonde Nederland dus steeds meer parallellen met de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Tegelijkertijd werd het contrast tussen de Duitse en Nederlandse psychiatrie, ondanks de vele Duitse inspiratiebronnen voor Nederlandse zenuwartsen en de studiereizen van academische psychiaters naar Duitstalige landen, alleen maar groter. Voor zover Nederland sterk door de Duitse psychiatrie werd beïnvloed, ging het om nieuwe stromingen en praktijken die in Duitsland zelf al gauw naar de marge werden verdrongen.[1392] In Duitsland kregen de psychoanalyse en de fenomenologie in de toonaangevende universitaire psychiatrie, die

---

[1388] Zie over de internationale invloed van de Amerikaanse psychohygiënische beweging Thomson 1995.
[1389] Grob, 1994, 151-164.
[1390] Dowbiggin 1997.
[1391] Jones 1993, 112-141; Busfield 1998, 13-15.
[1392] Vijselaar 2007d.

sterk werd beheerst door het natuurwetenschappelijke kennisideaal, geen voet aan de grond. Het medische model bleef ook in de inrichtingspsychiatrie invloedrijk. De eerste sociaalpsychiatrische voorzieningen stamden in Duitsland al van voor de Eerste Wereldoorlog. De zogenaamde *nachgehende Fürsorge* - nazorg en aparte werkvoorzieningen voor ontslagen psychiatrische patiënten ten einde de kans op heropname te verkleinen - die de psychiater G. Kolb vanuit de psychiatrische inrichting in Erlangen opzette, kreeg zelfs internationale uitstraling, evenals de actievere therapie, die H. Simons mede uit economische nood aan het eind van de Eerste Wereldoorlog in het leven had geroepen. Ook vernieuwend was begin jaren twintig het initiatief van de psychiater F. Wendeburg in Gelsenkirchen, die onafhankelijk van de inrichting en als onderdeel van de openbare gezondheidszorg een vorm van sociale psychiatrie ontwikkelde die nauwe samenwerking met sociale en justitiële instellingen beoogde. Deze behelsde zowel nazorg voor, maatschappelijk reïntegratie van en toezicht op ontslagen patiënten als registratie van geestelijke afwijkingen onder de bevolking met de bedoeling zo snel mogelijk te kunnen ingrijpen.

De bescherming van de openbare orde en de preventie van geestelijke stoornissen onder de gehele bevolking speelden vanaf het begin een belangrijke rol in de Duitse sociale psychiatrie en deze kwam in de jaren twintig steeds sterker onder invloed van het eugenetische gedachtegoed te staan. In dit verband pleitten sommige psychiaters voor huwelijksverboden, sterilisatie of langdurige internering en zelfs euthanasie van geesteszieken om hun voortplanting tegen te gaan. Hierdoor kan van een zekere continuïteit tussen de sociale psychiatrie en de moord op psychiatrische patiënten in het Derde Rijk gesproken worden, ofschoon het Nazi-regime de verenigingen voor geestelijke hygiëne in 1935 verbood. In de Duitse psychiatrie moesten medisch-humanitaire motieven het afleggen tegen de benadering van geestesstoornissen als maatschappelijk ordeprobleem, (raciaal) volksgezondheidsvraagstuk en financieel-economische kwestie. Daarin wogen collectieve en staatsbelangen zwaarder dan het welzijn van de individuele patiënt en werden de grenzen van de toelaatbare dwang allengs opgerekt.[1393]

In de Weimarrepubliek kwamen weliswaar in enkele grote steden consultatiebureaus op het gebied van gezin, huwelijk, seksualiteit en opvoeding alsmede faciliteiten voor psychotherapie tot stand. Bij deze vaak door linkse idealen geïnspireerde hulpverlening waren echter vooral psychologen, pedagogen, seksuologen en psychoanalytici, maar nauwelijks psychiaters betrokken. Deze activiteiten maakten geen deel uit van de door psychiaters nagestreefde psychohygiëne of geestelijke volksgezondheid, zoals dat in Nederland deels wel het geval was en na 1940 in nog sterkere mate het geval zou zijn - met dit verschil dat dergelijke voorzieningen hier vaak op basis van ofwel politiek-neutrale ofwel confessionele initiatieven van de grond kwamen. Ook de psychotherapie kreeg in Duitsland geen plaats in de psychiatrie: als behandelmethode van psychosomatische klachten ontwikkelde deze zich veeleer als onderdeel van de interne geneeskunde.[1394] Terwijl de biomedische richting de Duitse psychiatrie bepaalde en deze in het Derde Rijk met gedwongen sterilisatie en euthanasie op grote schaal in de greep kwam van de racistische eugenetica, kreeg de eugenetica in de

[1393] Müller-Hill 1985; Weindling 1989; Proctor 1988; Blasius 1994; Burleigh 1994; Schmiedebach en Priebe 2004; Roelcke 2005.
[1394] Westerman Holstijn 1938; Roelcke 2004.

Nederlandse psychiatrie nauwelijks voet aan de grond. Hiermee onderscheidde Nederland zich ook van de Verenigde Staten, Denemarken, Zweden en Zwitserland waar zwakzinnigen en geesteszieken zonder hun instemming of die van hun verwanten onderworpen werden aan eugenetische maatregelen, variërend van sterilisatie tot sociale isolatie.[1395]

Over eugenese werd in de Nederlandse psychiatrie wel gedacht en gedebatteerd, maar van concrete maatregelen kwam niets: sterilisatie, al dan niet gedwongen, was uitgesloten in het verzuilde en grotendeels confessionele Nederland en zelfs voorstellen om werk te maken van sociaal-eugenetische ingrepen als isolering en huwelijksverboden maakten geen enkele kans. Minder terughoudendheid bestond er ten aanzien van castratie van (TBR-gestelde) zedendelinquenten - of het hierbij ging om eugenese of therapie was niet helemaal duidelijk. Overigens waren het maar enkele psychiaters die zich hiermee bezighielden en er zijn aanwijzingen dat vele van hun collega's zo hun bedenkingen hadden ten aanzien van deze ingreep, vooral als deze gepaard ging met dwang. De castratiepraktijken waren vrij uitzonderlijk in de Nederlandse psychiatrie. Meer in het algemeen werd deze gekenmerkt door terughoudendheid ten aanzien van dwang, althans in theorie - de praktijk viel uiteraard niet altijd naadloos samen met het ideaal.

Wat tenslotte opvalt in de Nederlandse psychiatrie is een zekere openheid ten aanzien van andere disciplines, ook al deden zich soms grensschermutselingen voor tussen psychiaters en andere hulpverleners, zoals de voornamelijk uit het onderwijs afkomstige BLO-nazorgwerkers of de niet-medische beoefenaren van psychotherapie. Weliswaar zagen veel psychiaters zichzelf als dè deskundigen op het terrein van geestesstoornissen, maar in de psychohygiënische beweging boden zij ook enige ruimte aan pedagogen, onderwijsdeskundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, juristen en geestelijken. De juriste en psychiatrisch-sociaal werkster Lekkerkerker groeide zelfs uit tot een van de leidende figuren van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Een en ander illustreert nogmaals de sterke psychosociale gerichtheid van de Nederlandse psychohygiëne en sociale psychiatrie.

[1395] Broberg en Roll-Hansen 1996; Dowbiggin 1997; Porter 1999.

3. ONTWRICHTING, UITBOUW EN KENTERING (1940-1965)

Inleiding

In dit deel behandelen wij de periode van de Tweede Wereldoorlog en de 'lange jaren vijftig' (1945-1965). De oorlog had ingrijpende en dramatische gevolgen voor met name de psychiatrische inrichtingen. Hoewel de Duitse bezetting het werkgebied van de geestelijke volksgezondheid evenmin onberoerd liet, bracht de oorlog hier minder ontwrichting teweeg. In zekere zin hebben oorlog en bevrijding de beweging voor geestelijke volksgezondheid een nieuwe impuls gegeven en de verdere uitbouw van psychohygiënische voorzieningen bevorderd. Voor zowel de intramurale psychiatrie als wat vanaf de jaren veertig ambulante geestelijke gezondheidszorg ging heten, geldt dat de wederopbouwperiode zich kenmerkte door herstel, uitbouw en vooral ook opmerkelijke vernieuwingen, die een voorbode vormden van wat de jaren zestig en zeventig zouden brengen. In menigerlei opzicht vormen de jaren vijftig ons een keerpunt in de twintigste-eeuwse geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie.

In het eerste hoofdstuk zetten wij de belangrijkste ontwikkelingen in het psychiatrisch-neurologisch vak uiteen. In paragraaf 3.1.1 staan de werkplekken van zenuwartsen, de beroepsorganisaties en discussies over de opleiding en het profiel van het gecombineerde medisch specialisme zenuw- en zielsziekten (psychiatrie en neurologie) centraal. In paragraaf 3.1.2 behandelen wij de universitaire psychiatrie: de leerstoelen, de wetenschappelijke oriëntatie en de beginnende specialisatie komen aan de orde.

De hoofdstukken 3.2, 3.3 en 3.4 zijn gewijd aan de intramurale psychiatrie. Hoofdstuk 3.2 gaat over de psychiatrische inrichtingen in oorlogstijd. Terwijl de inrichtingen tot dan toe min of meer besloten gemeenschappen vormden, die zich grotendeels afzijdig konden houden van maatschappelijke turbulenties, ontkwamen ze niet aan de ontwrichting die oorlog en bezetting teweegbrachten. Enkele inrichtingen werden door oorlogsgeweld min of meer ernstig beschadigd, waardoor patiënten en personeel elders een goed heenkomen moesten vinden. Andere inrichtingen, met name die in het kustgebied, werden op last van de Duitse bezetters ontruimd en geëvacueerd. De patiënten vonden onderdak in andere inrichtingen, die hierdoor overbevolkt raakten. Evenals de joden in de samenleving stonden joodse patiënten bloot aan vervolging en velen werden uit de inrichtingen weggehaald en gedeporteerd naar vernietigingskampen. Het dieptepunt van deze dramatische gebeurtenissen vormde de deportatie van vrijwel alle patiënten en veel personeelsleden van de joodse inrichting Het Apeldoornsche Bosch. Dit alles legde een grote druk op inrichtingspsychiaters en de andere personeelsleden. Bovendien kregen vrijwel alle inrichtingen te kampen met materiële schaarste en voedsel- en ruimtegebrek. Na de oorlog zouden deze nog geruime tijd hun stempel drukken op het inrichtingsleven.

Hoofdstuk 3.3 is gewijd aan de institutionele ontwikkelingen in de inrichtingspsychiatrie tijdens de twee decennia na de oorlog. Er kwamen nauwelijks nieuwe psychiatrische inrichtingen, maar wel andere intramurale voorzieningen bij. Een belangrijke vernieuwing bestond uit wat wij als externe differentiatie aanduiden: de verhuizing van bepaalde categorieën patiënten - eerst de zwakzinnigen en daarna een toenemend aantal psychisch gestoorde bejaarden - naar aparte zorginstellingen. Hierdoor

kwam er in de inrichtingen meer ruimte voor de verpleging en behandeling van geesteszieken in engere zin, lijders aan psychosen en neurosen. Een tweede vernieuwing bestond uit de uitbreiding van intramurale psychiatrische instellingen naast en nieuwe extramurale voorzieningen vanuit de inrichting, onder andere psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, poliklinieken, sluisinternaten en een dagziekenhuis.

Vervolgens gaan wij in hoofdstuk 3.4 in op wat er binnen de psychiatrische inrichtingen gebeurde: de wijze waarop de inrichtingsbevolking zich ontwikkelde, de daarin werkzame medici, de veranderende visie van inrichtingspsychiaters op de plaats en functie van de inrichting, de behandelingen die zij toepasten, de achtergronden daarvan en vooral ook de innovaties die op therapeutisch gebied tot stand kwamen - de derde belangrijke vernieuwing in de intramurale psychiatrie. Verder komen de ontwikkeling van de psychiatrische verpleging en met name de problemen die zich in deze periode op dat gebied voordeden alsook de leefwereld van de patiënten uiteraard aan de orde. Met name door de introductie van nieuwe psychofarmaca en de toepassing van sociaal-psychologische behandelwijzen begon het inrichtingsleven van karakter te veranderen. Hetzelfde gold, hoewel met een zekere vertraging, ook voor de forensisch-psychiatrische instellingen.

In de hoofdstukken 3.5, 3.6 en 3.7 behandelen wij de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hoofdstuk 3.5 is gewijd aan de periode van de Tweede Wereldoorlog en de nasleep daarvan in de jaren veertig. Hierin krijgen vooral de psychiatrische en psychohygiënische vernieuwingen als gevolg van de oorlog aandacht: de militaire psychiatrie, het eerste Instituut voor Medische Psychotherapie en de eerste Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Tevens gaan we in op het vóórkomen van psychische schade onder militairen en burgers als gevolg van de oorlog en de wijze waarop psychiaters deze diagnostiseerden en behandelden. Verder zetten wij in dit hoofdstuk uiteen hoe de uit 1934 stammende Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) tijdens en direct na de oorlog het initiatief naar zich toe wist te trekken op het terrein van de psychohygiëne en een invloedrijke beleidsorganisatie en opinievormer werd. Tot slot laten wij in dit hoofdstuk zien hoe de beweging voor geestelijke volksgezondheid in de tweede helft van de jaren veertig mede door de ongerustheid over de geestelijke ontreddering waaraan het Nederlandse volk als gevolg van de oorlog ten prooi zou zijn gevallen, de wind in de zeilen kreeg.

In hoofdstuk 3.6 staat het denken over geestelijke volksgezondheid en de maatschappelijke achtergronden daarvan vanaf het eind van de jaren veertig tot het midden van de jaren zestig centraal. Het psychohygiënische gedachtegoed stond in het teken van de vrees voor de in cultureel en geestelijk opzicht ontwrichtende gevolgen van de snelle sociaaleconomische modernisering van Nederland. Evenals in het interbellum bewogen de beschouwingen over geestelijke volksgezondheid zich tussen cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme, waarbij het laatste meer en meer de boventoon ging voeren. Onder invloed van zowel bepaalde Europese intellectuele stromingen - het personalisme, de fenomenologie en het existentialisme - als vanuit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië geïmporteerde professionele hulpverleningsmethoden vond er een inhoudelijke heroriëntatie in de psychohygiënische beweging plaats. De aandacht verschoof van de veronderstelde morele tekortkomingen van bepaalde bevolkingsgroepen naar de sociaalpsychologische achtergronden van de

moeilijkheden waarmee individuen kampten. Een overwegend moreel-pedagogische aanpak maakte plaats voor psychosociale en psychotherapeutische benaderingen, waarbij wetenschappelijke onderbouwing en professionele methoden aan belang wonnen. Deze heroriëntatie bracht een nieuw perspectief met zich mee op de verhouding tussen individu en gemeenschap en op burgerschap.

Na een paragraaf over de organisatie en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gaan wij in hoofdstuk 3.7 dieper in op de ambulante instellingen en de hulpverleningspraktijken. Daarbij laten wij zien hoe het psychohygiënische ideeëngoed doorwerkte in de praktijk en deze vernieuwde. Achtereenvolgens passeren de al langer bestaande ambulante voorzieningen - de voor- en nazorg of Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD), de consultatiebureaus voor alcoholisme en de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB) - en de nieuwe instellingen - de Instituten voor Medische Psychologie of Psychotherapie (IMP) en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) alsmede de (katholieke) Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden - de revue. We lbeschrijven niet alleen hoe de uitbouw van de verschillende voorzieningen tot stand kwam, maar schenken ook ruim aandacht aan de behandelaars en cliënten, de moeilijkheden waarop hulpverleners zich richtten en die de hulpvragers hen voorlegden en de werkwijze en behandelmethoden. In het bijzonder schenken we aandacht aan de problemen en conflicten die zich voordeden rond en binnen de ambulante voorzieningen: de moeizame verhouding tussen de psychohygiënische beweging en de extramurale zorg voor geesteszieken en alcoholverslaafden; fricties tussen het zorgaanbod en de hulpverleningsvraag; tegenstellingen tussen verschillende groepen deskundigen als psychiaters, psychologen en psychiatrisch-sociaal werksters; de grensconflicten tussen de psychohygiënische hulpverleners en met name katholieke geestelijken en huisartsen, die zich toespitsten op psychotherapie en de seksuele moraal.

3.1. Het psychiatrisch-neurologisch vak

3.1.1. *Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties*

In de twee decennia tussen 1940 en 1960 nam het aantal actieve, in het Medisch Specialisten Register ingeschreven zenuwartsen toe van meer dan 200 tot ongeveer 570. Terwijl in 1940 ruim 80 van hen, dat wil zeggen 40 procent van het totaal, waren verbonden aan een gesticht, inrichting of sanatorium, gold dat in 1960 voor ruim 140 zenuwartsen, minder dan een kwart van het totaal. Naast zenuwartsen werkte een aanzienlijk aantal - zowel in 1940 als in 1960 meer dan 100 - andere geneeskundigen in de intramurale psychiatrie; zij hielden zich voornamelijk bezig met de somatische gezondheidszorg voor geesteszieke patiënten. Omgekeerd verschaften algemene ziekenhuizen en poliklinieken werk aan zenuwartsen: hun aantal steeg tussen 1940 en 1960 in absolute zin van bijna 70 tot ruim 160; relatief gezien liep hun aandeel enigszins terug, van een derde naar minder dan 30 procent. In 1960 was in vrijwel alle grotere ziekenhuizen een zenuwarts opgenomen in de medische staf. De psychiatrische en neurologische klinieken van de universiteiten telden in 1960 90 zenuwartsen, waarmee het aandeel van de academische sector (16 procent) in vergelijking met 1940 (56 zenuwartsen ofwel 14 procent) licht was gegroeid.[1396]

Het aantal zenuwartsen dat in de ambulante geestelijke gezondheidszorg werkte, groeide sterk in deze periode, in absolute zin van ruim 30 tot meer dan 160 en relatief van 15 tot bijna 30 procent van het totaal. Van de extramurale instellingen hadden rond 1960 de voor- en nazorg- of Sociaal-Psychiatrische Diensten de meeste zenuwartsen in dienst (59), gevolgd door de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (43), de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid die meerdere instellingen verenigden (15), voor Alcoholisme (17) en voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden of Huwelijksaangelegenheden (8). Daarnaast was een tiental zenuwartsen vast aangesteld bij twee Instituten voor Medische Psychotherapie in Amsterdam en Utrecht en het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam; cliënten van de psychotherapeutische instellingen werden deels verwezen naar vrijgevestigden, die op contractbasis daarmee verbonden waren.[1397] In 1960 hielden 240 zenuwartsen, meer dan 40 procent van het totaal, er een eigen praktijk op na, terwijl dat aantal in 1940 116 oftewel 56 procent bedroeg.[1398] Het aandeel van andere werkvelden werd zowel in absolute als relatieve zin groter: 18 zenuwartsen hadden in 1960 een vaste aanstelling op forensisch terrein (zoals in gevangenissen en inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten), 8 waren verbonden aan een opvoedingsinrichting en 7 werkten in militair verband.[1399] Het lijkt erop dat er zich in de naoorlogse periode een verschuiving voordeed in de werkplekken van zenuwartsen van particuliere praktijken naar dienstbetrekkingen.

Anders dan in de intramurale psychiatrie vervulden zenuwartsen in de algemene gezondheidszorg, ambulante instellingen en de vrijgevestigde sector vaak functies in deeltijd en in combinatie met andere werkplekken. Daarbij was het wel zo dat meer en meer beroepsbeoefenaren hun werk toespitsten op een bepaald arbeidsterrein. Zo

---

[1396] Van Drunen 2004, 22, 32, 36-37; bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000; vergelijk Kroft 2005, 154.
[1397] Van Drunen 2004, 37 en Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 74-75.
[1398] Van Drunen 2004, 22, 32.
[1399] Van Drunen 2004, 38.

verzelfstandigde de psychiatrie in de somatische gezondheidszorg zich deels ten opzichte van de particuliere praktijk: van de zenuwartsen die verbonden waren aan algemene ziekenhuizen, voerde meer dan een derde geen eigen praktijk meer. Ook in het ambulante werkveld vervulde meer dan een derde van de zenuwartsen geen functie daarbuiten; combinaties met intramurale werkplekken of eigen praktijken waren sterk afgenomen. Dit duidt erop dat de specialisatie binnen het psychiatrisch-neurologisch vak toenam.[1400]

Het ledental van de belangrijkste beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN), groeide van krap 300 in 1940 tot bijna 600 in 1960 en meer dan 1.000 in 1970.[1401] Het ledenbestand bestond uit zowel officieel geregistreerde zenuwartsen als niet in het Medisch Specialisten Register ingeschreven geneeskundigen die op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzaam waren. Nadat de verenigingsactiviteiten in het laatste oorlogsjaar tot stilstand waren gekomen, verwijderde het bestuur na de bevrijding enkele leden die met de Duitse bezettingsmacht hadden gecollaboreerd.[1402] Vanwege de publicatie van bijdragen in het Engels, Frans en Duits veranderde de naam van het verenigingsblad, de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, in 1948 in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* en in 1960 in *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*. Evenals K.H. Bouman voor de oorlog wezen G. Kraus en H.C. Rümke als voorzitters van de NVPN op het gevaar van versplintering, niet alleen door de uitbreiding van de wetenschappelijke kennis en het therapeutische arsenaal, maar ook door de scheiding van psychiatrie en neurologie op de universiteiten en de organisatie van subspecialismen als kinderpsychiatrie, sociale psychiatrie, forensische psychiatrie en psychotherapie, waarvoor in de loop van de jaren vijftig en zestig aparte universitaire leerstoelen kwamen.[1403]

Ten einde de sociaaleconomische beroepsbelangen beter te behartigen stelde de NVPN in 1947 een Commissie Sociale Belangen in. Vooral vrijgevestigde zenuwartsen drongen aan op betere belangenbehartiging door de vereniging, maar blijkbaar zonder veel resultaat: begin jaren zestig uitten enkelen hun ongenoegen over de in hun ogen geringe effectiviteit van de NVPN in deze. Sommige vrijgevestigde zenuwartsen dreigden hun lidmaatschap op te zeggen en schermden met plannen om een aparte vereniging op te richten.[1404] Het bestuur erkende dat de vereniging wat de economische belangenbehartiging betreft inderdaad tekort was geschoten en zette in 1964 de Commissie Sociale Belangen om in een Sociale Commissie met aparte secties voor zelfstandig en in dienstverband werkende zenuwartsen. Deze nieuwe commissie kreeg de bevoegdheid om namens de vereniging met andere instanties over sociaal-economische aangelegenheden te onderhandelen.[1405]

Hoewel in de NVPN en de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen (NVGA), waarover meer in paragraaf 3.4.3, ook plaats was voor medici die niet als zenuwarts geregistreerd stonden, bakende het specialisme zenuw- en zielsziekten zich scherper dan voorheen af van de rest van de geneeskunde. De sinds 1932 verplichte specialistische

---

[1400] Van Drunen 2004, 38.
[1401] Sillevis Smitt en Jansen 1971, 13.
[1402] Notulen vergadering bestuur NVPN, 13-10-1945, Archief NVPN; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 7.
[1403] Kraus 1947; Rümke 1950; Rümke 1954.
[1404] Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN, 28-9-1960, Archief NVPN; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 8.
[1405] Notulen vergadering bestuur NVPN 5-2-1965, 19-2-1965, 31-3-1965, Archief NVPN; Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972.

opleiding en inschrijving in het Medisch Specialisten Register gingen meer en meer gelden als criterium voor psychiatrisch-neurologische deskundigheid. De gemiddelde tijdsduur tussen het behalen van het artsdiploma en de afronding van de specialistische opleiding in psychiatrie en neurologie nam af. Het werd gebruikelijk om na het behalen van de medische bevoegdheid direct met de specialisering te beginnen en vervolgens de gehele loopbaan als zenuwarts te werken. Zo kwam er een eind aan de oudere praktijk dat geneeskundigen in een later stadium van hun werkzame leven zich op psychiatrisch of neurologisch terrein begaven of dit voortijdig verlieten. In de psychiatrische inrichtingen maakten gestichtsartsen, die zich bezighielden met zowel de psychische als de lichamelijke aandoeningen van psychiatrische patiënten, plaats voor gespecialiseerde psychiater-zenuwartsen en al dan niet gespecialiseerde geneeskundigen op het gebied van de somatische gezondheidszorg.[1406]

De opleidingseisen voor het specialisme zenuw- en zielsziekten werden net als die voor andere medische specialismen steeds gedetailleerder op centraal niveau vastgelegd door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) van de in 1949 met het predikaat Koninklijk voorziene Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst (KNMG). In de naoorlogse jaren drongen ziekenhuizen, medische faculteiten, overheid en specialistenverenigingen aan op een verlenging en inhoudelijke verdieping van alle medisch-specialistische opleidingen. Dit leidde in 1950 tot een aanscherping van de opleidingseisen en een variabele opleidingsduur van drie tot zes jaar. Voorstellen om de medische faculteiten, ziekenhuizen en de overheid ook enige zeggenschap te geven over de invulling van de specialistische opleidingen, stuitten aanvankelijk op verzet van de KNMG en de in de SRC vertegenwoordigde specialistenverenigingen. Jarenlang voortslepende beraadslagingen van de in 1952 ingestelde Staatscommissie Vorming en Erkenning van Medische Specialisten leidden in 1961 tot een nieuwe regeling waarin de bestaande SRC het uitvoerend orgaan werd van een nieuw Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten. In dit college, dat voortaan besliste over de erkenning van medische specialismen en de opleidingseisen, waren naast de specialistenverenigingen ook de medische faculteiten, het ziekenhuiswezen en de Ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid vertegenwoordigd. Hierdoor werd de corporatistische zelfregulering van medisch specialisten enigszins aan banden gelegd. Voor het specialisme zenuw- en zielsziekten kwam in 1958 het Consilium Neuro-Psychiatricum tot stand, waarin alle hoogleraren in de psychiatrie en neurologie alsmede een aantal door het bestuur van de NVPN aangewezen beroepsbeoefenaren zitting kregen. Deze nieuwe raad, die de Commissie Opleiding en Registratie van de NVPN verving, was verantwoordelijk voor de uitvoering van de besluiten van het Centraal College en diende de NVPN en het College van advies over de opleiding tot zenuwarts.[1407]

De verdere institutionalisering van de psychiatrisch-neurologische opleiding, op zichzelf een teken van toenemende professionalisering en coherentie naar buiten toe, werd doorkruist door groeiende interne verdeeldheid tussen zenuwartsen die zich ofwel voornamelijk met psychiatrie ofwel met neurologie bezighielden. Niet alleen aan de universiteiten, waar al tijdens het interbellum aparte leerstoelen en klinieken voor

---

[1406] Van Drunen 2004, 33-37; vergelijk Abma en Weijers 2005, 108-109.

[1407] Sillevis Smitt en Jansen 1971; Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972; Redactie *Medisch Contact* 1972; Vos en Berkestijn 1993; Mooij 1999, 435-436; Bijl 2000, 41-42; Abma en Weijers 2005, 99.

psychiatrie dan wel neurologie waren gerealiseerd, profileerden deze twee subspecialisaties zich steeds meer apart van elkaar. Ook binnen de beroepsgroep als geheel deed zich deze tendens voor.[1408] In verband met de herziening van de medisch-specialistische opleidingseisen in het algemeen vonden rond 1950 in de NVPN uitgebreide discussies plaats over de opleiding tot zenuwarts. Vooral de verhouding tussen de twee deelspecialismen was in het geding. Sommige leden van de NVPN plaatsten vraagtekens bij het nut van neurologie voor met name inrichtingspsychiaters en psychotherapeuten; zij achtten meer differentiatie tussen psychiatrie en neurologie in de opleiding tot zenuwarts gewenst. De hoogleraar neurologie W.G. Sillevis Smitt reageerde daarop met de opmerking dat zenuwartsen die zich op psychotherapie toelegden 'van huis uit al psycholabiel zijn. Dat kan voordelen hebben voor het betere invoelen der patiënten, maar ook volkomen ongeschiktheid voor dit vak met zich meebrengen'.[1409] Dergelijke uitlatingen doen vermoeden dat deze kwestie aanleiding gaf tot hoog oplopende spanningen tussen sommige leden van de NVPN.

Verdere interne specialisatie van het vak zenuw- en zielsziekten was onvermijdelijk, daar was iedereen het wel over eens, maar de meerderheid van de leden wilde de band tussen psychiatrie en neurologie niet verbreken en koos voor wat de Nijmeegse hoogleraar psychiatrie en neurologie J.J.G. Prick een 'gedifferentieerd unitarisme' noemde. Van de drie voorstellen tot herziening van de opleiding - een waarin psychiatrie en neurologie een gelijk aandeel hadden, een waarin deze enigszins gedifferentieerd waren en een waarin van vergaande differentiatie sprake was - spraken de meeste leden zich uit voor de middelste variant.[1410] Dit leidde in 1950 tot een verlenging van de opleiding tot zenuwarts van drie tot vier jaar en de invoering van drie opleidingstrajecten: naast twee jaar neurologie en twee jaar psychiatrie voor de *all round* zenuwarts tweeënhalf jaar psychiatrische en anderhalf jaar neurologische scholing voor de zenuwarts-psychiater respectievelijk tweeënhalf jaar neurologie en anderhalf jaar psychiatrie voor de zenuwarts-neuroloog. Het voorstel om ook een subspecialisatie psychotherapie in het leven te roepen, haalde het niet. Wel werd in 1956 een verplichte stage in een psychiatrische inrichting of sociaal-psychiatrische dienst ingevoerd.[1411]

Ondanks de nieuwe inrichting van de opleiding groeide in de jaren vijftig het ongenoegen over de combinatie van psychiatrie en neurologie. Sommige zenuwartsen wezen erop dat de vakgebieden zozeer waren uitgedijd dat één medicus ze niet meer kon overzien en beheersen. Verdere specialisatie was onvermijdelijk. Vooral psychiaters die buiten de psychiatrische inrichtingen en algemene ziekenhuizen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en als psychotherapeut in de vrijgevestigde sector werkzaam waren, zetten vraagtekens bij het nut van neurologische kennis. Terwijl de neurologie zich richtte op somatische zenuwaandoeningen en zich sterk op de natuurwetenschappen oriënteerde, werkten psychiaters in de ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer samen met andere, niet-medische beroepsgroepen en hanteerden zij overwegend psychosociale en psychotherapeutische benaderingswijzen. De koppeling tussen

---

[1408] Van Drunen 2004, 37-38.
[1409] Notulen ledenvergadering NVPN 6-5-1950: Gedachtenwisseling over de opleiding tot zenuwarts (psychiater-neuroloog), Archief NVPN.
[1410] Notulen ledenvergadering NVPN 6-5-1950; Schrijven Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie aan de leden, september 1950, Archief NVPN.
[1411] Rümke 1950, 736-740; Prick 1955; vergelijk Vos en Berkestijn 1993.

psychiatrie en neurologie achtten zij een belemmering voor de door hen gewenste beroepsontplooiing in een meer sociaal-psychologische richting.[1412]

De voorstanders van het behoud van de band tussen psychiatrie en neurologie wonnen vooralsnog het pleit, desalniettemin groeide de afstand tussen de twee subspecialismen.[1413] Begin jaren zestig kwam niet alleen de opleiding tot zenuwarts, maar ook de organisatie van de NVPN in het geding.[1414] Nu gaven vooral neurologen blijk van ongenoegen over het dubbelspecialisme. Zij dreigden zelfs uit de NVPN te stappen en een eigen vereniging op te richten. Enkele zenuwartsen sloeg de schrik om het hart: als de psychiatrie alleen achterbleef, zou de natuurwetenschappelijke status van de psychiatrie op het spel komen te staan. 'De psychiatrie is natuurwetenschap en geesteswetenschap', zo stelde H. van der Drift: 'de amputatie van het natuurwetenschappelijk been zou in de toekomst de psychiatrie prijs kunnen geven aan psychologen, conflictuologen en sociologen.'[1415] Het bestuur wilde de eenheid van de vereniging handhaven en probeerde ontevreden zenuwarts-neurologen en ook zenuwarts-psychiaters die meer autonomie wilden, tegemoet te komen met voorstellen om aparte afdelingen voor psychiatrie, neuro-psychiatrie en neurologie in het leven te roepen. Een dergelijke driedeling kon niet op goedkeuring van de neurologen rekenen. Na een enquête over de reorganisatie van de vereniging werden de tegenstellingen in 1962 (voorlopig) bezworen met de instelling van aparte onderafdelingen voor neurologie en psychiatrie met elk hun eigen bestuur. Deze afdelingen hadden echter geen eigen rechtspersoonlijkheid en derhalve geen beslissingsbevoegdheid: het gemeenschappelijke hoofdbestuur en de gecombineerde ledenvergadering bleven de centrale instanties van de NVPN.

Naast de zenuwarts-neurologen en zenuwarts-psychiaters die ieder voor zich een onafhankelijke koers wilden varen, kozen de meeste zenuwartsen toch nog voor handhaving van het dubbelspecialisme. Tegelijkertijd zette de tendens tot verdere differentiatie van de opleiding zich voort. Mede omdat bleek dat de specifieke psychiatrische dan wel neurologische scholing met een duur van tweeënhalf jaar in vergelijking tot die in andere landen kort was, werd de opleiding in 1964 gewijzigd om meer ruimte te scheppen voor verdieping. Met een verlengde opleidingsduur van vijf jaar kwam er drieënhalf jaar beschikbaar voor de subspecialistichse scholing van de zenuw-arts-psychiater respectievelijk de zenuwarts-neuroloog. De psychiatrische opleiding onderging een verbreding: naast twee jaar algemene klinische psychiatrie met de daarbij behorende diagnostische onderzoekstechnieken en behandelmethoden, waaronder psychotherapie, kwamen er drie verplichte stages van elk een half jaar op het terrein van de inrichtings-, sociale en kinderpsychiatrie. Net als voorheen verwierven aankomende zenuwartsen hun kennis en vaardigheden vooral in de praktijk als assistent-arts.[1416] Vanaf het midden van de jaren vijftig kregen naast de universitaire psychiatrische en

---

[1412] Oosterhuis en Wolters 1998, 206, 210-211; Abma en Weijers 2005, 99; vergelijk Van der Most van Spijk 2002.
[1413] Ter Braak 1950; Prick 1950; Van Valkenburg 1953.
[1414] Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN 28-9-1960, Archief NVPN; Notulen vergadering bestuur NVPN 28-6-1960, 25-11-1960, 3-3-1962, 21-9-1962, 24-2-1964, 5-2-1965, 31-3-1965, Archief NVPN.
[1415] Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN 28-9-1960, Archief NVPN.
[1416] Vos en van Berkenstijn 1993, 22; Abma en Weijers 2005, 98.

neurologische klinieken ook enkele psychiatrische inrichtingen de bevoegdheid om een volledige opleiding te verzorgen.[1417]

3.1.2. *De universitaire psychiatrie*

Het aantal psychiatrische leerstoelen breidde zich na de Tweede Wereldoorlog uit, mede als gevolg van de beginnende specialisatie. Aan de vijf bestaande algemene leerstoelen aan de Rijksuniversiteiten van Leiden, Utrecht en Groningen, de Gemeente Universiteit Amsterdam en de Vrije Universiteit werd in deze periode één toegevoegd. De Katholieke Universiteit Nijmegen, die in 1951 een medische faculteit kreeg, stelde in 1945 een buitengewone en in 1954 een gewone leerstoel voor neurofysiologie en psychopathologie in. Deze werd bezet door J.J.G. Prick, sinds 1940 hoofd van de psychiatrisch-neurologische afdeling van het Canisius Ziekenhuis en sinds 1941 privaatdocent voor forensische psychiatrie aan de rechtenfaculteit. Prick streefde naar integratie van psychiatrie, neurologie en psychologie. In het kader van de antropologische geneeskunde, waarmee de Nijmeegse medische faculteit zich wilde profileren, ging zijn belangstelling in het bijzonder uit naar psychosomatiek.[1418] Ook verzorgde hij onderwijs voor psychologiestudenten en realiseerde hij samen met de psycholoog P.J.A. Calon een koppeling tussen de opleidingen psychologie en psychiatrie. Samen brachten zij de eerste universitaire opleiding in de klinische psychologie tot stand.[1419]

Al voor de oorlog waren aan de twee Amsterdamse universiteiten en aan die in Leiden en Utrecht klinische faciliteiten voor kinderpsychiatrie opgezet. De groeiende betekenis van deze subspecialisatie na de oorlog - in 1949 stelde de NVPN er een aparte sectie voor in - bleek uit de aanstelling van enkele privaatdocenten, lectoren en hoogleraren op dit terrein. De drie nieuwe leerstoelen, die aan de universiteiten van Groningen (1955), Utrecht (1964) en Amsterdam (1965) tot stand kwamen, werden bezet door psychoanalytici, respectievelijk Th. Hart de Ruyter, L.N.J. Kamp en E.C.M. Frijling-Schreuder. Leiden kon in 1955 bogen op de eerste zelfstandige kinderpsychiatrische kliniek, Curium. Aan het hoofd daarvan stond D.A. van Krevelen, vanaf 1950 privaatdocent en vanaf 1956 lector. Aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam vervulde F. Grewel vanaf 1954 een lectoraat op dit terrein.[1420]

Naast de kinderpsychiatrie kregen de sociale en forensische psychiatrie, op bescheiden schaal, voet aan de grond aan de universiteiten. Al sinds 1930 was sociale psychiatrie onderdeel van W.M. van der Scheers leeropdracht in Groningen, maar alleen in Amsterdam was voor de oorlog door K.H. Bouman in de psychiatrieopleiding een vaste plaats ingeruimd voor de sociale psychiatrie in de vorm van een stage bij de gemeentelijke sociaalpsychiatrische dienst onder leiding van A. Querido. Querido was van 1952 tot 1960 buitengewoon en tot 1970 gewoon hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Als zodanig schonk hij ruim aandacht aan de sociale psychiatrie, onder meer als promotor van een aantal

---

[1417] Prick 1955.

[1418] Van der Meer en Van ’t Hof 2007, 91-92.

[1419] Tot 1971, toen de leerstoel werd gesplitst, combineerde Prick psychiatrie en neurologie. Vervolgens was hij nog tot 1978 hoogleraar neurologie, neurofysiologie en psychopathologie. Ter Meulen 1988a, 296-297; De Waardt 2005, 143, 220, 290; Brabers en Schreuder 1998, I, 335-341, 486.

[1420] Hart de Ruyter was vanaf 1951 lector in Groningen. In Utrecht was Kamp vanaf 1949 privaatdocent en vanaf 1954 lector. Rooijmans 1998, 73; De Waardt 2005, 177-181; Abma en Weijers 2005, 88.

proefschriften op dit terrein. N. Speijer en C.J.B.J. Trimbos waren de eersten die uitsluitend een aanstelling kregen om sociale psychiatrie te doceren, Speijer in 1960 als lector, in 1965 als buitengewoon hoogleraar en in 1967 als gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden en Trimbos in 1960 als privaatdocent in Utrecht en in 1969 als hoogleraar aan de nieuwe Erasmus Universiteit Rotterdam.[1421] De leerstoelen voor forensische psychiatrie kregen onderdak bij rechtenfaculteiten: in 1952 werd P.A.H. Baan, vanaf 1947 privaatdocent, hoogleraar in Utrecht en twee jaar later volgde D. Wiersma, de zoon van de voormalige Groningse hoogleraar psychiatrie E.D. Wiersma, in Leiden. Wiersma was van 1957 tot 1969 eveneens buitengewoon hoogleraar in de criminologie aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit.

De al voor de oorlog benoemde hoogleraren L. van der Horst (Vrije Universiteit), E.A.D.E. Carp (Leiden) en Rümke (Utrecht) bleven aan tot het begin van de jaren zestig en drukten hun stempel op de academische psychiatrie in de jaren veertig en vijftig. In Groningen nam G. Kraus in 1949 de leerstoel van Van der Scheer over en acht jaar later werd Kraus op zijn beurt opgevolgd door Baan. Van der Horst volgde in 1946 K.H. Bouman als hoogleraar aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit op, terwijl hij tegelijkertijd de leerstoel op de Vrije Universiteit bleef bezetten. Van het bestuur van de Vrije Universiteit kreeg hij toestemming voor deze dubbelfunctie (met twee volwaardige salarissen) nadat hij had betoogd dat hij op deze manier de gereformeerde psychiatrie kon verbreiden en voorkwam dat atheïsten als de met het communisme sympathiserende kinderpsychiater Grewel of de psychoanalyticus H.G. van der Waals hoogleraar werden.[1422] Tot 1961 combineerde hij deze leerstoel met zijn aanstelling aan de Vrije Universiteit.

Van der Horst had zijn dubbele aanstelling mede te danken aan zijn optreden tijdens de Duitse bezetting. In de oorlog was de Valeriuskliniek een schuilplaats voor joden en studenten die aan vervolging en dwangarbeid wilden ontkomen. Verder bood Van der Horst faciliteiten aan het verzet en verzorgde hij clandestien onderwijs voor ondergedoken studenten. Ook Paviljoen III, de universitaire psychiatrische kliniek van de hoofdstedelijke Gemeente Universiteit, nam joden onder valse namen en met gefingeerde diagnosen op, zodat ze aan vervolging konden ontkomen. Verzetsstrijders vonden er een overnachtingsplaats. De Duitsers werden op een afstand gehouden met het verhaal dat de kliniek lijders aan zeer besmettelijke en gevaarlijke ziekten herbergde.[1423] Van der Scheer gaf eveneens blijk van een anti-nazistische gezindheid door in 1943 te protesteren tegen arrestaties van studenten, waarop hij zijn ambt moest neerleggen en onderdook. In Amsterdam verloor A.J. Westerman Holstijn zijn positie als privaatdocent, omdat hij een van de weinigen was die de zogenaamde Ariërverklaring weigerden te ondertekenen.[1424]

Andere vooraanstaande zenuwartsen die een universitaire positie bekleedden, legden daarentegen een accommoderende houding aan de dag. Als rector van de Gemeente Universiteit Amsterdam maakte de hoogleraar neurologie B. Brouwer een einde aan een protestvergadering van studenten die wilden deelnemen aan de februaristaking. Rümke hield in 1942 een rede onder de titel 'Wat alle faculteiten bindt',

---

[1421] Speijer 1960; Trimbos 1985.
[1422] Van Bergen 2005, 385-386.
[1423] Van den Berg 1989, 64. Dit gebeurde ook in psychiatrische inrichtingen, onder andere in Maasoord. Zie Bakker 1999a, 30.
[1424] De Waardt 2005, 135-140; Van Bergen 2005, 301-304, 382, 385-386.

waarin hij stelde dat de universiteit zich afzijdig zou moeten houden van de tumultueuze buitenwereld, een opvatting die de hoogleraar neurologie in Utrecht, Sillevis Smitt, ook uitdroeg. Duitse artsen woonden Rümke's colleges bij en toen een prominente NSBer in zijn kliniek werd behandeld, nodigde hij NSB-leider A.A. Mussert, die deze patiënt kwam bezoeken, op de koffie uit. In Leiden ondersteunde Carp met het nationaal-socialisme sympathiserende organisaties. Ook weigerde hij medewerking te verlenen aan onderwijs voor ondergedoken studenten en werd hij in 1942 lid van de Artsenkamer. Na de oorlog werden Brouwer, Rümke en Carp ter verantwoording geroepen. Brouwer moest aftreden als hoogleraar omdat hij te ver was gegaan met het verlenen van medewerking aan de Duitse bezetter, ook al had hij geen blijk gegeven van nationaal-socialistische sympathieën en was zijn gedrag ingegeven door het streven om de universiteit te beschermen. In 1946 werd hij hoofd van het Herseninstituut in Amsterdam. Zowel Rümke als Carp kregen een officiële reprimande, wat voor de eerste aanleiding was om zijn functie tijdelijk neer te leggen. Studenten gaven blijk van hun ongenoegen over Rümke's houding door hem op zijn eerste college na de oorlog de rug toe te keren. Carp betoogde naar aanleiding van de reprimande en zijn schorsing van drie maanden dat hij zich er niet van bewust was geweest dat de Artsenkamer een nationaal-socialistische instelling was.[1425]

Inhoudelijk kenmerkte de universitaire psychiatrie zich in de wederopbouwperiode evenals in het interbellum door een eclectische combinatie van medisch-neurologische en geesteswetenschappelijke benaderingen. De voorspelling van een vurig pleitbezorger van de neurobiologische psychiatrie als C.P.J. Stotijn, sinds 1945 geneesheer-directeur van Endegeest en vanaf 1948 als privaatdocent aan de Leidse universiteit verbonden, dat de 'antinatuurwetenschappelijke', met name antropologische richting in de psychiatrie maar een kort leven beschoren zou zijn, bleek vooralsnog een wensdroom.[1426] De antropologisch-fenomenologische richting, waarin de belevingswereld van patiënten en hun relatie met de sociale omgeving centraal stonden, bleef invloedrijk en kreeg een nieuwe impuls door het existentialisme en het personalisme. Van der Horst, diens collega en opvolger aan de Vrije Universiteit A.L. Janse de Jonge, Carp, Rümke, Baan en Prick droegen dit gedachtegoed uit in hun publicaties en onderwijs, waardoor de universitaire psychiatrie een sterk filosofische en literaire inslag bleef vertonen. De subjectieve dimensie van geestesziekte zou een begrijpende en invoelende houding, onbevooroordeeld luisteren en fijnzinnige klinische observatie en descriptie vereisen. Een groot deel van het psychoanalytische gedachtegoed was met deze benadering te verenigen.[1427]

Terwijl de basis voor deze geesteswetenschappelijke optiek in de jaren twintig in de Amsterdamse Valeriuskliniek van de Vrije Universiteit was gelegd, vormde de Rijksuniversiteit Utrecht na de oorlog het belangrijkste academische centrum van het

---

[1425] De Waardt 2005, 135-140; Rooijmans 1998, 69.

[1426] Stotijn 1948.

[1427] Ter Meulen 1990; Van 't Hof 1996; Abma en Weijers 2005, 151. H. van Praag karakteriseerde de psychiatrie van de jaren vijftig als essayistisch, esthetiserend en filosofisch van karakter. 'Het was volstrekt abiologisch, volstrekt amedisch.' Bos 1997. Trimbos, die colleges bij Rümke volgde - 'filosofie erbij, literatuur erbij, dan wordt zo'n vak heel iets anders dan bij al die recht-toe-recht-aan chemische jongens' - sprak van 'een meer retorische dan wetenschappelijke psychiatrie'. Heerma van Voss 1990a, 207; Trimbos 1983, 96; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 42-43.

fenomenologische en personalistische gedachtegoed, niet alleen in de psychiatrie, maar ook in de psychologie, pedagogiek en criminologie. Tot de zogenaamde Utrechtse School behoorden naast psychiaters als Baan, Rümke en J.H. van den Berg, de psycholoog en fysioloog F.J.J. Buytendijk, psychologen als D.J. van Lennep, M.J. Langeveld, J. Linschoten, B.J. Kouwer en J.H. Dijkhuis en juristen als W.P.J. Pompe en G.T. Kempe. Op basis van hun oriëntatie op de fenomenologie en het personalisme deelden zij een afkeer van de kwantitatieve, empirisch-analytische benadering in de menswetenschappen. Het natuurwetenschappelijke determinisme en materialisme deden geen recht aan het wezen van de mens als zin- en betekenisgevend wezen. Echte kennis kon alleen worden vergaard in de, zoals het heette, 'ontmoeting met de medemens' en daarvoor waren geen methoden en technieken, maar een bepaalde attitude nodig, die alleen te verkrijgen was door persoonlijkheidsvorming. Het vermogen tot werkelijk kennen zou afhangen van de morele kwaliteiten en overtuigingen van de wetenschapper. Een zinvolle beoefening van de menswetenschappen kon niet zonder een normatief uitgangspunt en een verbinding met levensbeschouwing en geloof. De vertegenwoordigers van de Utrechtse School hadden uitgesproken opvattingen over de maatschappelijke taak van de menswetenschappen. De universiteit diende de leidinggevende elite van de samenleving te kweken die door middel van volksopvoeding mensen zowel innerlijke vrijheid - in de woorden van Langeveld: 'zelfverantwoordelijke zelfbepaling' - als gemeenschapszin bijbrachten. Niet zozeer sociaal-economische hervormingen als wel een mentaliteitsverandering bij mensen vormde in deze gedachtegang de voorwaarde voor maatschappelijke verbetering.[1428] De psychiatrie mocht zich niet onttrekken aan 'haar medemenselijke verantwoordelijkheid', zo benadrukte Baan in 1957 in zijn oratie aan de Rijksuniversiteit Groningen, en had een maatschappelijke taak te vervullen: de bevordering van de vrije ontplooiing van de mens.[1429]

Onder leiding van Carp profileerde de Leidse universitaire psychiatrie zich vooral met toepassing van, onderwijs in en onderzoek naar psycho- en sociotherapie. In 1950 kwam Rhijngeest geheel ter beschikking van het Rijk, waardoor alle patiënten onder verantwoordelijkheid van de hoogleraar en zijn medewerkers kwamen te vallen, en veranderde de naam van het sanatorium in Jelgersmakliniek. Tegelijkertijd bekoelde de relatie tussen de Leidse universitaire psychiatrie en Endegeest, dat sinds 1945 onder leiding stond van de meer medisch-somatisch georiënteerde Stotijn.[1430] De Jelgersmakliniek kreeg het karakter van een psychotherapeutisch centrum: het ging niet alleen om gesprekstherapie, maar ook om het leefmilieu dat in therapeutisch perspectief werd geplaatst. Carp, naar verluidt een autoritaire man, legde veel nadruk op het opvoedende en corrigerende karakter van psycho- en sociotherapie: verandering van levensinstelling was een belangrijk oogmerk. Een verkeerde attitude op individueel niveau was volgens Carp vaak een symptoom van het moreel verval van de samenleving als geheel. Psychotherapie was voor hem in de eerste plaats training ter bevordering van ‘de ontwikkeling van een werkelijk […] sociaal gevoelsleven, […] het is deze training, welke de in een autistische, egocentrische, individualistische denk- en gevoelswereld verstrikt geraakte geesteszieken ten zeerste behoeven’.[1431] In zijn beschouwingen over

[1428] Ter Meulen 1988a, 139-171; Dehue 1990, 80-109; Weijers 1991; Somsen 2001a; Weijers 2001.
[1429] Baan 1957, 15.
[1430] Blok 1998c, 191-193, 201-203.
[1431] Carp 1948, 225-226.

psychotherapie schonk hij veel aandacht aan levensbeschouwing. Behalve individuele psychotherapie met 'psychagogische' en psychoanalytische accenten, kregen groepstherapie, 'instructietherapie', psychodrama en creatieve therapie, waarin de heilzame werking van communicatie en suggestie centraal stonden, een belangrijke plaats in het behandelaanbod van de Jelgersmakliniek.[1432]

Door middel van enquêtes onder behandelde patiënten probeerden Carp en zijn medewerkers de effectiviteit van psychotherapie te onderzoeken. Op hun conto staat een reeks van tien monografieën over diverse vormen ervan - behalve hypnose en psychoanalyse de individual-psychologische, suggestieve, psycho-cathartische, auto-suggestieve en psychagogische behandelingsmethoden - die tussen eind jaren dertig en eind jaren vijftig verscheen. Psychotherapeutische behandelmethoden zouden niet alleen bij psychische stoornissen, maar ook bij psychosomatische klachten geëigend zijn. In de Jelgersmakliniek bestond tussen 1952 en 1963 een Psychosomatisch Centrum onder leiding van B.B. Stokvis, waarmee de Leidse universitaire psychiatrie zich voegde in een naoorlogse trend: ook in Amsterdam, zowel aan de Gemeente Universiteit als aan de Vrije Universiteit, en in Nijmegen verrichtten zenuwartsen in samenwerking met andere medische specialisten en klinisch psychologen onderzoek op dit terrein. Overigens paste Carp ter aanvulling van psychotherapie ook somatische behandelingen, zoals de elektroconvulsietherapie (ECT), toe: deze waren in zijn ogen vooral zinvol als patiënten daardoor toegankelijker werden voor psychologische beïnvloeding.[1433]

Ondanks de geesteswetenschappelijke oriëntatie van enkele toonaangevende hoogleraren lijkt het erop dat de medische invalshoek het onderzoek overheerste, althans als we disseraties als maatstaf nemen. Tussen 1945 en 1965 promoveerden 84 zenuwartsen. Achtendertig proefschriften waren het resultaat van klinisch onderzoek op het gebied van diagnose en therapie en 24 van biologisch-neurologisch onderzoek naar de lichamelijke oorzaken van geestes- of zenuwziekten. In 11 proefschriften stond een sociaal-psychiatrisch onderwerp centraal, terwijl 5 zich op theoretisch-filosofisch terrein bewogen en 4 over een historisch-literair thema gingen.[1434]

De hoogleraren in Groningen, Van der Scheer en Kraus, onderscheidden zich van de rest van de universitaire psychiatrie door hun distantie ten aanzien van fenomenologie en psychoanalyse en een sterke aandacht voor de lichamelijke aspecten van geestesziekte. Weliswaar kregen psychiatrie en neurologie ook in Groningen aparte leerstoelen toen Kraus in 1949 Van der Scheers plaats innam, maar Kraus profileerde zich vooral met biomedisch onderzoek naar de werking van hormonen en aandacht voor lobotomie, een chirurgische ingreep in de prefrontale hersenkwabben, die de Portugeze neuroloog E. Moniz voor het eerst in het midden van de jaren dertig had toegepast en die in de jaren veertig en vijftig in de Amerikaanse psychiatrie grote verbreiding vond.[1435] Tegelijkertijd ventileerde Kraus twijfel aan de biologische benadering. In 1950 schreef hij naar aanleiding van de ECT en lobotomie dat psychiaters die deze behandelingen uitvoerden weliswaar het heil van patiënten nastreefden, maar dat ze niet precies wisten wat ze deden en waarom.[1436]

[1432] Carp 1948, 227-229; vergelijk Blok 1998b, 157.
[1433] Rooijmans 1998, 76-93; Van der Meer en Van ’t Hof 2007, 91-96.
[1434] Schnabel 1982a, bijlage 1: 9-17.
[1435] De Waardt 2005, 178-179; Shorter 1997, 225-229; El-Hai 2005.
[1436] Blok 1998b, 166.

Kraus werd in 1957 opgevolgd door Baan, een vooraanstaand vertegenwoordiger van de Utrechtse School en aanhanger van het fenomenologisch-personalistische gedachtegoed. De andere hoogleraren, Carp, Van der Horst, Prick en Rümke, stonden een combinatie van geesteswetenschappelijke en medische benaderingen voor en wilden de band tussen psychiatrie en neurologie behouden. De opvolging van K.H. Bouman door Van der Horst aan de Gemeente Universiteit Amsterdam bewerkstelligde geen breuk met de aldaar bestaande aandacht voor de lichamelijke aspecten van geestesziekte; van diens streven om de gereformeerde psychiatrie te verbreiden was hier weinig te merken. Onder verantwoordelijkheid van Van der Horst werd aan de Gemeente Universiteit met financiële steun van de Rockefeller Stichting een grootschalig multidisciplinair onderzoek opgezet naar de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest. Behalve de psychiaters J. Bastiaans en Grewel participeerden ook een psycholoog (J.T. Barendregt), een internist (J.J. Groen) en een fysioloog (J.M. van de Valk) hierin. Zij meenden sterke aanwijzingen te hebben voor een causaal verband tussen psychische stress en lichamelijke ziekte. Dit soort onderzoek paste in de brede en eclectische benadering van Van der Horst.[1437]

Rümke, de invloedrijkste psychiater in Nederland en de enige met een internationale reputatie, stelde zich uitdrukkelijk ten doel om de verschillende perspectieven in de psychiatrie met elkaar te verenigen, waarbij hij in de jaren vijftig in toenemende mate benadrukte dat zij in de eerste plaats een vorm van geneeskunde was. In zijn rede *Een bloeiende psychiatrie in gevaar* (1954) waarschuwde hij niet alleen voor versplintering van het vak, maar ook voor een overschatting van geesteswetenschappelijke en psychologische invalshoeken.[1438] Ook pleitte hij voor een strikt onderscheid tussen ziekte en gezondheid en een duidelijke grensafbakening tussen het medisch-psychiatrische domein, waar de arts de scepter zwaaide, en het multidisciplinaire werkgebied van de geestelijke volksgezondheid, waar de psychiater op basis van gelijkwaardigheid naast andere beroepsgroepen werkzaam was. Psychohygiënische hulpverlening was bedoeld voor mensen die in wezen gezond waren, maar kampten met voorbijgaande psychische problemen in verband met levensmoeilijkheden die algemeen menselijk waren of samenhingen met maatschappelijke factoren. In dit verband kritiseerde hij de neiging in de psychiatrie om allerlei problematisch gedrag als uiting van psychische stoornissen te beschouwen. De zich uitbreidende bemoeienis van psychiaters met steeds meer aspecten van het leven riep bij Rümke de vraag op of ze hun competentie niet overschreden.[1439]

Bij zijn afscheid als hoogleraar in 1963 betoogde Rümke dat de toekomst van de psychiatrie op het gebied van de biochemie, neurofysiologie en genetica lag. Drie jaar later presenteerde de aan de universiteit gelieerde Leidse inrichting Endegeest zich aan het publiek met een persconferentie en tentoonstelling onder de titel 'De toekomst van de psychiatrie ligt in de biochemie'. Geneesheer-directeur Stotijn had al vanaf het eind van de jaren veertig natuurwetenschappelijke onderzoek naar geestesziekte gestimuleerd. Zo beschikte Endegeest al vanaf 1951 over een geavanceerd neuropathologisch

---

[1437] De Waardt 2005, 144-146; vergelijk Van Bergen 2005, 383 en Van der Meer en Van ’t Hof 2007, 92-94.

[1438] Rümke 1954; vergelijk Rümke 1951a, 10; Rümke 1954-1971.

[1439] Van Belzen 1987; Van Belzen 1988a; Van Belzen 1988b; Van Belzen 1988c; Van Belzen 1988d; zie over Rümke ook Weijers 1991, 35-43.

laboratorium.[1440] Tegen de latere 'antipsychiater' J. Foudraine, in 1956 als assistent in Endegeest werkzaam, zou Stotijn hebben gezegd:

> Een radiotoestel heeft talloze draden. Gaat er een kapot, dan komen er van die rare geluiden uit het toestel. Welnu, een mens heeft miljoenen hersencellen. Gaan er een paar kapot, dan komen er ook uit mensen rare geluiden. Dat is schizofrenie. Ik denk dat het in de hersenen zit, misschien in de hormonen.[1441]

In het midden van de jaren zestig kreeg Endegeest een biochemisch laboratorium ten behoeve van onderzoek naar de werking van psychofarmaca. De instelling paste als een van de eerste depotmedicatie toe, dat wil zeggen injectie van psychofarmaca die één á twee weken werkzaam bleven, waardoor sommige chronische patiënten buiten de inrichting konden verblijven.[1442]

Voor zover de academische psychiatrie sterk op de fenomenologie en de psychoanalyse georiënteerd was, stond zij dichter bij het ambulante, psychohygiënische werkterrein en de psychotherapie dan bij de inrichtingspsychiatrie. In de jaren vijftig en zestig won de psychoanalyse snel aan invloed in de universitaire psychiatrie. Met name Rümke, Carp, Van der Horst en Baan namen een welwillende houding in ten aanzien van de Freudiaanse leer en andere varianten van de psychoanalyse en beschouwden deze als een van de stromingen waarmee de psychiatrie haar voordeel kon doen. Al voor de oorlog vervulden psychoanalytici privaatdocentschappen en ook in de jaren veertig en vijftig was dit het geval. In Leiden waren F.P. Muller (in 1922) en A.A. Fortanier (in 1938) en in Utrecht L.N.J. van der Kamp (in 1949) en A. Poslavsky (in 1954) hiervoor als privaatdocent aangesteld. Aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit werden de privaatdocenten J.H. van der Hoop en A.J. Westerman Holstijn in respectievelijk 1950 en 1952 tot lector benoemd.[1443] In de eerste helft van de jaren zestig kwamen met uitzondering van die op de Vrije Universiteit en de Katholieke Universiteit Nijmegen alle leerstoelen voor klinische psychiatrie in handen van psychoanalytici of psychiaters die zeer welwillend stonden ten aanzien van de psychoanalyse: P.C. Kuiper aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam (1961), Bastiaans in Leiden (1963), J.H. Plokker in Utrecht (1964), W.K. van Dijk in Groningen (1965) en G.A. Ladee (1967) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.[1444]

Vooral de kinderpsychiatrie, die zich sterk op de beweging voor geestelijke volksgezondheid en in het bijzonder op de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB) oriënteerde, werd al in de jaren veertig en vijftig in hoge mate beheerst door psychoanalytici.[1445] De hoogleraren Hart de Ruyter en Frijling-Schreuder waren vooraanstaande leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse en Kamp was voorzitter van het rivaliserende en minder orthodoxe Psychoanalytisch Genootschap. Zij

---

[1440] Blok 1998b, 181-186; Abma en Weijers 2005, 176-177.
[1441] Blok 1998b, 157.
[1442] Blok 1998c, 191-193, 201-203.
[1443] De Waardt 2005, 155-156, 288, 296.
[1444] De Waardt 2005, 155-165.
[1445] De psychohygiënische oriëntatie van de kinderpsychiatrie bleek onder meer uit het feit dat in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* evenveel artikelen van kinderpsychiaters verschenen als in alle andere medische en psychiatrische bladen tezamen. Weijers 2002, 70, 87. Zie verder Abma en Weijers 2005, 86-91 en 138-141.

profileerden zich met een (sociaal-)psychologische en pedagogische invalshoek als deskundigen op het terrein van de geestelijke ontwikkeling van kinderen, verstandelijke handicaps en opvoedings- en leermoeilijkheden. Onder verwijzing naar de psychoanalyse en J. Bowlby's hechtingstheorie in het bijzonder spitste hun aandacht zich toe op de affectieve verhoudingen in het gezin. Zo stelde Hart de Ruyter in zijn oratie dat autisme te wijten was aan het onvermogen van de moeder om uitdrukking te geven aan liefde. De psychologische profilering van de kinderpsychiatrie was deels ingegeven door het streven om kindergeneeskundigen, die ook expertise claimden op het terrein van psychische moeilijkheden, de wind uit de zeilen te nemen.[1446]

Toch waren er in de kinderpsychiatrie ook tegengeluiden te horen. De Leidse lector en directeur van Curium, Van Krevelen, achtte net als zijn Amsterdamse collega Grewel de psychologische benadering eenzijdig en bepleitte ook aandacht voor biologische en sociale factoren. Volgens Van Krevelen was autisme een organisch bepaalde stoornis en niet het gevolg van een stoornis in de moeder-kind relatie of de affectieve tekorten van de moeder, zoals psychoanalytici beweerden. Ook bij andere psychische stoornissen zouden somatische factoren een rol spelen; Van Krevelen toonde daarom belangstelling voor psychofarmaca. Curium stond formeel los van de universitaire psychiatrie en binnen de medische faculteit voerde Van Krevelen een voortdurende competentiestrijd met de hoogleraren psychiatrie en kindergeneeskunde over de Leidse kinderpsychiatrie. Van Krevelen genoot met tal van buitenlandstalige publicaties een internationale reputatie, maakte van Curium een gerenommeerde kliniek en schreef het eerste Nederlandse kinderpsychiatrische handboek, maar aan de universiteit kreeg hij niet echt voet aan de grond. Carp en diens opvolger Bastiaans, die met de kindergeneeskunde en het Leidse MOB samenwerkten, marginaliseerden hem. In 1972 nam Van Krevelen teleurgesteld ontslag.[1447] Negen jaar eerder was zijn tegenstander Carp voortijdig afgetreden als hoogleraar vanwege hardnekkige geruchten dat hij zich schuldig had gemaakt aan seksuele contacten met jeugdige mannelijke patiënten.[1448]

Niet alleen de Leidse universitaire psychiatrie werd in de jaren vijftig en zestig voortdurend geplaagd door interne conflicten en affaires, ook aan de Vrije Universiteit liepen de spanningen keer op keer hoog op. Binnen de in 1950 tot stand gekomen medische faculteit botste Van der Horst voortdurend met de hoogleraar interne geneeskunde G.A. Lindeboom, kleinzoon van de theoloog L. Lindeboom, en de hoogleraar neuro-biochemie en farmacologie J. Booij. Zowel persoonlijke animositeit, competentiestrijd en conflicten over benoemingen als uiteenlopende opvattingen over wetenschapsbeoefening en de gereformeerde beginselen speelden hierbij een rol.[1449] Van der Horst riep aversie op bij zijn collega-hoogleraren omdat hij er benoemingen van medewerkers en geestverwanten tot lector of hoogleraar probeerde door te drukken, terwijl hun wetenschappelijke capaciteiten en integriteit ter discussie stonden. Voorts bestonden er twijfels over zijn loyaliteit ten aanzien van de Vrije Universiteit vanwege zijn gelijktijdige aanstelling aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit. In de jaren 1959 en 1960 raakten de gemoederen zo verhit dat een aantal hoogleraren een dossier

---

[1446] Abma 1997, 24; De Waardt 2005, 177-181.
[1447] De Goei 1995; Broerse en Van 't Hof 1995a; Treffers 1995; De Waardt 2005, 181-185.
[1448] Rooijmans 1998, 91.
[1449] Van Bergen 2005, 359-360, 382, 390, 468-481, 517.

over Van der Horst aan de bestuurders van de Vrije Universiteit deed toekomen, waarin zij hem beschuldigden van oncollegiaal handelen, gebrek aan beginselvastheid met betrekking tot het gereformeerde geloof en 'ongeoorloofde verhoudingen' met vrouwelijke medewerkers en patiënten.[1450] Niet alleen in de medische faculteit, maar ook in het bestuur van de Vrije Universiteit werden vraagtekens geplaatst bij Van der Horsts functioneren. Het bestuur maande Van der Horst om een eind te maken aan zijn dubbelprofessoraat - wellicht in de hoop dat hij ontslag aan de Vrije Universiteit zou nemen. In 1961 gaf hij echter zijn leerstoel aan de Gemeente Universiteit op nadat de psychoanalyticus Kuiper daar tot hoogleraar was benoemd in plaats van Van der Horsts naaste medewerker P.Th. Hugenholtz.[1451] In de pers verklaarde Van der Horst evenwel dat zijn ontslagname aan de Gemeente Universiteit en zijn aanblijven aan de Vrije Universiteit een kwestie was geweest van knopen tellen. Zijn tegenstanders aan de Vrije Universiteit zagen zich hierdoor bevestigd in hun twijfel over Van der Horsts levensbeschouwelijke oprechtheid en zij gaven hieraan eveneens publiekelijk uiting.

Twee jaar later ging Van der Horst aan de Vrije Universiteit met emeritaat en nam een drietal hoogleraren zijn taken over: Janse de Jonge, sinds 1958 hoogleraar klinische psychologie nam de klinische psychiatrie voor zijn rekening, terwijl wat als organische psychiatrie werd omschreven in handen kwam van de neuropatholoog F.C. Stam en de biochemicus en farmacoloog Booij. De collegiale verhoudingen waren niet zodanig dat de samenwerking soepel verliep. Na de plotselinge dood van Janse de Jonge in 1965 werd Stam een jaar later tot hoogleraar in de klinische psychiatrie en neuropathie benoemd. Deze benoeming was omstreden, onder meer omdat Stam onvoldoende oog zou hebben voor de geesteswetenschappelijke aspecten van de psychiatrie en Booij, die deze leerstoel ook ambieerde, de voorkeur had van een deel van de medische faculteit. Typerend voor de bedorven sfeer op de afdeling psychiatrie van de Vrije Universiteit was dat Booij Stam op een vergadering met Hitler vergeleek.[1452]

[1450] Van Bergen 2005, 478.
[1451] De Waardt 2005, 157-158.
[1452] Van Bergen 2005, 480, 515-527; Kuilman 1980, 179-181.

3.2. De oorlog in de psychiatrische inrichtingen

3.2.1. *Leerling-verpleegster in Het Apeldoornsche Bosch*

Claartje van Aals werd op 16 september 1922 te Utrecht geboren in een liberaal joods gezin.[1453] Haar vader had een winkel in luxe chocoladeartikelen. Claartje was elf jaar toen haar moeder overleed en zestien toen ze van de MULO afkwam. Ze was het liefst direct de verpleging ingegaan, maar daarvoor was ze nog te jong.[1454] Ter overbrugging ging ze eind 1938 werken bij de Nederlandsche Spoorwegen, op de mechanische afdeling. Daar raakte ze bevriend met Aagje Kaagman, een niet-joodse collega die na de scheiding van haar ouders al sinds haar zestiende alleen op kamers woonde. Claartje, wier vader eind 1938 wegens driftbuien uit de ouderlijke macht was ontzet, trok met toestemming van haar voogdes op 1 mei 1940 bij Aagje in: dat was 'gezelliger, leuker en veel goedkoper'.[1455] Toen anderhalve week later de oorlog uitbrak huilde Claartje: 'Nu maken ze ons allemaal dood'.[1456]

In november 1940 kreeg Claartje haar ontslag aangezegd – de bezetter had verordonneerd dat joden geen ambtenaar mochten zijn. Verdrietig riep ze steeds: 'Zie je wel, het begint nu al'.[1457] Ze solliciteerde op een advertentie van de joodse psychiatrische inrichting Het Apeldoornsche Bosch en kwam daar op 23 december 1940 als leerling-verpleegster intern te wonen. Claartje en Aagje beloofden elkaar veel te schrijven.

Al direct na aankomst in Het Apeldoornsche Bosch stuurde Claartje de eerste brief aan haar hartsvriendin. De eerste indrukken waren gemengd.

> Ik moest eerst bij de direkteur dr. Lobstein komen. Ik kreeg natuurlijk een preek. Toen naar het zusterziekenhuis. Daar heb ik een rotkamer. Ik kan niet eens mijn koffers uitpakken want er zijn geen kasten.
> In de eetzaal vroeg het hoofd van de huishouding of ik even op wilde staan. Toen begon het: zusters en broeders mag ik even voorstellen: Zuster van Aals! En toen – ik dacht dat ik er in bleef van het lachen Aag – stonden ze allemaal tegelijk op en mompelden: aangenaam. Net een kostschool. Vervolgens aten we heerlijke zuurkool en een grote goudreinet.
> 's Middags ben ik naar het Waschgebouw geweest en daar heb ik met patiënten gezeten. Er zijn hele erge bij. Er is er één die spuugt de hele tijd. Hij scheldt je uit: krijg de pokken, of krijg de typhus. Ontzettend, gewoon.[1458]

In haar volgende brief schreef Claartje:

> Nu ben ik dan sinds een week Zuster van Aals en ik kan niet anders zeggen dan dat ik er nog geen seconde spijt van heb gehad. Mijn werk is natuurlijk heel anders dan op kantoor. Ik doe bijna niets anders dan kamers soppen en

[1453] Zie Wyers 1995, 9-21. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1454] Voor toelating tot de opleiding in de krankzinnigenverpleging gold achttien jaar als minimumleeftijd en voor de algemene verpleging twintig jaar.
[1455] Wyers 1995, 16.
[1456] Wyers 1995, 19.
[1457] Wyers 1995, 21.
[1458] Wyers 1995, 25. Wyers heeft de brieven van Claartje van Aals aan Aagje Kaagman gebundeld en van aanvullende informatie voorzien.

> schoonmaken. Daar beginnen ze allemaal mee dus ik moet maar even door de zure appel heen bijten.[1459]

Half januari 1941 schreef Claartje dat ze naar de opera was geweest die door de patiënten was opgevoerd. Zelf deed ze mee aan de opvoering van een revue.[1460] Eind april 1941 was het zover dat Claartje haar vriendin kon berichten dat ze de volgende week 'naar de afdeling' ging.

> Ik ga naar het klassepaviljoen Hannah! Allemaal van die stinkrijke oude mensen die een beetje de kolder hebben. Ik ben zo dolgelukkig. Nog maar vijf dagen in die rotkeuken werken. Het hangt me meters de keel uit.[1461]

Half juli 1941 schreef Claartje dat ze die week voor het eerst in de wacht zat.

> Je bent altijd met z'n drieën. Het is nu bijna drie uur 's nachts en ik moet de ronde gaan maken, want ik heb loopwacht.
> Ziezo dat is gebeurd. Ik heb net een zalige portie caramelpudding naar binnen gewerkt. Ik stik haast. De zusters die overdag werken zetten eten van de klasseafdeling – dat over is – apart. Dat is dan voor de wachtzusters. […]
> Vannacht heb ik voor het eerst het sterven van iemand gezien. Het was vreselijk. Ik vond het heel erg naar, maar daar zal ik me in moeten harden.[1462]

Ruim een maand later berichtte Claartje dat ze een 'rumoerige wacht' hadden.

> We hebben gevochten met een erg onrustige patiënt. Die patiënt is een zuster van mijn afdeling die heel erg ziek geworden is. Je kunt je niet voorstellen hoe erg het is om een collega hier te verplegen. We zijn er allemaal vreselijk van onder de indruk. Het is nu kwart voor vijf en ik moet zo mensen gaan baden. Dat zal nog wel een aardig vechtpartijtje kunnen worden.[1463]

Half maart 1942, ruim een jaar na haar komst naar Het Apeldoornsche Bosch, moest Claartje examen doen.[1464] Hoewel ze 'helemaal niets geleerd' had, slaagde ze toch. 'Ik stikte van de zenuwen, maar het is G.z.d. goed afgelopen. De doktoren waren tevreden dus dan denk ik dat ik ook wel tevreden kan zijn.'[1465]

Een collega-verpleegster, Coby van Brakel, vertelde later dat Claartje een 'zorgzame en lieve verpleegster' was, die de tijd nam voor patiënten en grapjes met ze maakte. 'Door die losse manier van omgaan met mensen kreeg ze zelfs bij de moeilijkste patiënten alles voor elkaar. Ze hield van ze en was goed in haar vak.' Als collega vond

---

[1459] Wyers 1995, 27.
[1460] Wyers 1995, 35.
[1461] Wyers 1995, 63.
[1462] Wyers 1995, 70-71.
[1463] Wyers 1995, 75.
[1464] Wyers 1995, 87. Het betrof naar alle waarschijnlijkheid haar eerste (overgangs)examen. De opleidingsduur voor het B-diploma was drie jaar en de minimumleeftijd voor deelname aan het eindexamen was 22 jaar. Zie 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep.
[1465] Wyers 1995, 87.

Coby van Brakel Claartje wel wat ‘eigenwijs en soms zelfs arrogant’: ‘alles moest gebeuren op de manier zoals zij dat per se wilde’. Daar kwam bij dat haar omgang met broeders ‘nogal wat onrust en jaloezie’ opriep: ‘jongens kwamen altijd op haar af’ en ‘iedereen wilde wel met haar uit’.[1466]

Al met al schreef Claartje in haar brieven aan Aagje relatief weinig over haar werk en nagenoeg niets over de verpleegopleiding in Het Apeldoornsche Bosch. Des te meer weidde ze uit over hoe ze haar vrije uren doorbracht, met wie ze had gedanst, gewandeld, op wie ze verliefd was - sinds begin 1942 ‘ging’ Claartje met broeder Arno Schwarz. Over de verbodsbepalingen en verordeningen die de Duitse bezetter in de loop van 1941 en 1942 jegens joden uitvaardigde en de berichten die haar bereikten over razzia’s op en deportaties van joden uitte Claartje haar grote bezorgdheid. Reeds half februari 1941, ruim een jaar voor de Neurenberger rassenwet in Nederland van kracht werd, schreef Claartje:

> Aag, wat zou ik toch hebben? Ik maak me zo ongerust. Ze zeggen dat de Neurenbergerwet in werking treedt. Dan mogen christenmensen zich absoluut niet meer met jodenmensen bemoeien. Aag, als dat toch waar is. Moet je je Vader eens voorstellen, die zit dan helemaal alleen. Voor mij zou het dan nog niet eens zo erg zitten, want per slot van rekening ben je hier met bijna allemaal joodse lui. Dan zou ik jou ook niet meer mogen schrijven. Maar dat doe ik toch.[1467]

Een jaar later, op 21 februari 1942, meldde Claartje dat ‘al het christenpersoneel’ uit Het Apeldoornsche Bosch moest vertrekken. ‘Je kunt je zeker wel voorstellen wat een ramp dat voor ons is. Per één april al. Ik ben wel benieuwd wat dat zal worden.’[1468]

Op 11 november 1942 schreef Claartje aan haar vriendin dat ze ‘niets anders dan beroerde dingen’ had te melden.

> Het is overal dezelfde rotzooi tegenwoordig. Iedereen zit in Westerbork of in Duitsland of in Polen. Ik denk dat we hier zo langzamerhand ook wel weg zullen moeten, maar dan schrijf ik je nog wel. In die kampen van Westerbork is het meer dan verschrikkelijk. Hongersnood, roodvonk, dysenterie. Waar anders vijfduizend mensen zijn zitten er nu achttienduizend. Dus je kunt je misschien voorstellen wat voor toestanden er zijn. De mensen moeten op banken buiten slapen. Degenen die naar Duitsland doorgestuurd worden daar hoor je niks meer van.[1469]

Op 21 januari 1943 schreef Claartje haar laatste brief vanuit Het Apeldoornsche Bosch.

> Lieve Aag,

[1466] Wyers 1995, 37-38.
[1467] Wyers 1995, 50-51. De Neurenberger rassenwet, die in 1935 voor Duitsland werd afgekondigd, hield in dat joden niet meer met niet-joden mochten trouwen of geslachtsverkeer mochten hebben. Zie Boterman 1996, 362.
[1468] Wyers 1995, 86. De verordening dat al het niet-joodse personeel moest worden ontslagen, diende voor juni 1942 zijn uitgevoerd. Zie ook Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 103-104.
[1469] Wyers 1995, 96-97.

> Meiske schrik niet, maar vandaag gaan we foetsie. Waarheen weten we nog niet en wat er met de mensen gebeurt weten we ook niet. Het is een en al chaos. Ik zit op de gang te schrijven en ben idioot kalm. […] Aag, denk je eens even in: vijftienhonderd mensen – patiënten en personeel – worden maar zo weggehaald en je weet niet wat er met je gaat gebeuren. Haast de helft van het personeel is ondergedoken. We zitten nu op heel G met vijf zusters. Vannacht heb ik twee uur geslapen. Van drie tot vijf uur. Er slapen allemaal mannen boven en het is overal een zwijnekeet, dat snap je.
> Agie alles moet ik achterlaten, alleen het hoogstnoodzakelijke kan ik meenemen. Het is net of ik dronken ben. Als ik wil kan ik duiken, maar ik voel me verplicht om met de mensen mee te gaan, want daar gaat je hart toch ook wel naar uit. En als ik Arno niet meer heb dan kan de rest me toch niets meer schelen.
> Agie, ik schei er uit.[1470]

Claartje van Aals werd op 5 februari 1943 in Auschwitz omgebracht.

De catastrofe van Het Apeldoornsche Bosch maakte deel uit van de systematische jodendeportaties, zoals die vanaf half juli 1942 in Nederland door de Duitse bezetter in gang waren gezet. Ook in andere psychiatrische inrichtingen vonden razzia's plaats op joodse patiënten of onderduikers. In totaal werden ruim 100.000 joden, dat wil zeggen driekwart van de joden in Nederland, weggevoerd en in vernietigingskampen omgebracht. Anders dan in Duitsland zelf kwam het in Nederland niet zover dat voor geesteszieken en zwakzinnigen als zodanig een vernietigingsprogramma tot ontwikkeling kwam en ten uitvoer werd gelegd. De Duitse bezetter nam, voor zover bekend, geen initiatieven in deze richting. Van de kant van de NSB vielen weliswaar in 1942 enkele pleidooien of voornemens te beluisteren om de voedselrantsoenen van patiënten in psychiatrische inrichtingen te verlagen tot of onder het burgerrantsoen, maar van een onderliggend plan om krankzinnigen door uithongering om het leven te brengen was geen sprake.[1471]

Dit laat uiteraard onverlet dat psychiatrische inrichtingen – maar niet alleen zij – in de loop van de oorlog, en met name tijdens de hongerwinter van 1944-1945, te maken kregen met ernstige tekorten aan voedsel en andere elementaire voorzieningen zoals brandstof, zeep of textiel. Daar kwam nog bij dat de meeste psychiatrische inrichtingen zich vroeger of later voor de opgave zagen gesteld zelf te evacueren dan wel evacués van andere psychiatrische inrichtingen op te vangen, met alle gevolgen vandien.

Verbleven eind 1941 zo'n 25.000 patiënten in psychiatrische inrichtingen, eind 1945 was dit aantal geslonken tot ongeveer 21.000.[1472] Bijna een derde van deze daling was het gevolg van de deportatie van joodse patiënten in 1943 en 1944: 869 patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch en, voor zover thans bekend, ten minste 420 uit andere psychiatrische inrichtingen.[1473] Hoevelen van de overige patiënten omkwamen door

---

[1470] Wyers 1995, 105-106.
[1471] Vergelijk Blok 1998a, 135. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1472] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.
[1473] Zie hieronder het Chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen.

oorlogshandelingen dan wel overleden door voedselgebrek, deficiëntieziekten of besmettelijke ziekten valt slechts bij benadering vast te stellen. Zoveel is zeker dat de sterftecijfers in de psychiatrische inrichtingen en de zwakzinnigeninrichtingen tezamen in de loop van de oorlog een flinke stijging vertoonden, met een duidelijke piek in de jaren 1944 en 1945, toen de sterfte ongeveer dubbel zo hoog was als in de jaren 1938 en 1939.[1474]

Dit ter inleiding. Wat in de vijf paragrafen hierna volgt is een gedetailleerder, grotendeels chronologisch verslag van de problemen waarvoor de Nederlandse psychiatrische inrichtingen zich gesteld zagen als gevolg van de mobilisatie, de oorlog en de bezetting, de manieren waarop de betrokkenen – medici, verplegend personeel, patiënten – deze problemen het hoofd trachtten te bieden, en waartoe dit leidde. Naast de publicaties over afzonderlijke psychiatrische inrichtingen vormt met name recent onderzoek van G.J.C. aan de Stegge over de inrichtingspsychiatrie tijdens de Tweede Wereldoorlog een belangrijke leidraad voor ons verslag.[1475]

3.2.2. *De eerste oorlogsjaren: bezetting en 'euthanasie'-dreiging*

Eind augustus 1939, aan de vooravond van Duitslands inval in Polen en de daarop volgende oorlogsverklaring van Groot-Brittannië en Frankrijk aan Duitsland, kondigde de Nederlandse regering de algemene mobilisatie af. Ongeveer 250.000 mannen, onder wie ook artsen en verplegers, werden opgeroepen.[1476] De mannenafdelingen van psychiatrische inrichtingen moesten het hierdoor tijdelijk met minder verplegers zien te redden.[1477] Voordat de Duitsers op 10 mei 1940 Nederland binnenvielen hadden de psychiatrische inrichtingen diverse maatregelen getroffen. Zo had St. Servatius (Venray) onder meer vijf waterpompen laten slaan voor het geval de centrale watervoorziening zou uitvallen. Ook was gezorgd voor een extra voorraad ‘ligging’ (beddengoed) en kleding.[1478] In de inrichting te Franeker waren schuilkelders ingericht, was verduistering aangebracht en had de directie een fornuis en grote veevoederketels aangeschaft voor als de gastoevoer zou verminderen.[1479] In Maasoord (Poortugaal) waren onder meer voorbereidingen getroffen voor een mogelijke gasoorlog: een arts had een speciale cursus gevolgd en een deel van de souterrains en kelders was als schuilkelder ingericht, volledig afgesloten van de buitenlucht. De schuilkelders hadden slaapplaatsen voor hulpbehoevende en zieke patiënten, bergruimten voor levensmiddelen en watervoorraden, en ‘stilletjes’. Ook was een noodaggregaat aangeschaft, met daarbij een voorraad van enkele duizenden liters benzine die in een in de grond ingegraven tank lag opgeslagen. Voorts waren er op het terrein scherfvrije loopgraven aangelegd alsook een buisverbinding met de Maas, met een pompje om zo nodig rivierwater in het eigen waterleidingbuizenstelsel te stuwen. Maasoord beschikte over een eigen, goed geoefende

---

[1474] Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.
[1475] Aan de Stegge 2005b; Aan de Stegge 2006a; Aan de Stegge 2006b; Aan de Stegge 2006c; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook Blok 1997b; Blok 1998a; Bakker 2002c; Billekens et al. 2005. Met dank aan P. Romijn (NIOD) voor zijn commentaar op dit hoofdstuk.
[1476] De Jong 1969-1994, I: 719.
[1477] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1478] Kroft 2005, 105.
[1479] Van Heemstra 1951, 57.

brandweer. Op de zolders van de paviljoens stonden emmers met zand en schoppen klaar voor als er brandbommen zouden vallen.[1480]

Het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten voerde de regie bij de evacuatie van psychiatrische inrichtingen. Op 11 november 1939, toen de dreiging van een Duitse aanval op Nederland bijzonder acuut was[1481], kreeg Huize Padua (Boekel) van regeringswege opdracht alle patiënten – zo'n 475 - en het personeel te evacueren; de ongeveer 400 in de inrichting ingekwartierde Nederlandse militairen bleven op hun post.[1482] De patiënten werden met bussen overgebracht naar een tweetal andere tehuizen van de Broeders Penitenten: het zwakzinnigengesticht Huize Assisië te Udenhout en de pas geopende verpleeginrichting Mariahof te Tilburg. Nadat de evacuatie zelf vlot was verlopen, bleek dat de verpleging van de patiënten van Huize Padua in de beide gastinstellingen wegens plaatsgebrek en een onvoldoende outillage van de gebouwen niet goed mogelijk was. Aangezien de oorlogsdreiging inmiddels niet langer acuut was, gaf de Inspectie reeds een week na de evacuatie toestemming een deel van de patiënten naar Boekel te laten terugkeren. Behalve Huize Padua kreeg ook het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist op 10 november 1939 opdracht te evacueren ten behoeve van de inkwartiering van militairen. Het merendeel van de 128 patiënten keerde huiswaarts of werd ondergebracht in andere instellingen. In juni 1940 werd het Christelijk Sanatorium weer vrijgegeven.[1483]

Voor de onder het Staatstoezicht vallende inrichtingen had de Inspectie in maart 1940 een evacuatieplan gereed. Dit trad al direct op 10 mei 1940 in werking, toen bij het opblazen van de brug bij Grave ook een deel van het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Grave werd getroffen: 150 vrouwelijke patiënten, 28 verpleegsters en enkele artsen werden geëvacueerd naar het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel. In Woensel werd voor hen een paviljoen ontruimd. Bij gebrek aan noodbedden moest een groep verplegenden overuren maken om voor de evacués matraszakken te vullen met stro en zeegras. Na een week was dit karwei voltooid, net toen de evacués weer konden terugkeren naar hun inmiddels op orde gebrachte paviljoen in Grave.[1484] Voor zover bekend bleven andere psychiatrische inrichtingen in deze meidagen gevrijwaard van de noodzaak om wegens oorlogsschade tot evacuatie over te gaan.

Daar bleef het evenwel niet bij. Reeds een week na de Duitse inval vorderde een detachement van het Duitse leger een deel van het terrein alsook de voormalige noodkapel van de St. Willibrordusstichting (Heiloo). Enkele weken later viel het besluit het gebouwencomplex in te richten als marinelazaret. Dit leidde begin juli 1940 tot de ontruiming van twee paviljoens. Een groep patiënten verhuisde naar het nabijgelegen Duin en Bosch (Bakkum). In 1941 volgde een tweede vorderingsronde: ditmaal werden de patiënten ondergebracht in de kindervakantiekolonies De Eendracht en St. Antonius te Bakkum.[1485] Eenzelfde lot trof Vrederust (Bergen op Zoom). Tussen juni 1940 en mei

---

[1480] Van der Spek s.a. [ca.1970], 180.
[1481] Romijn 2006, 68.
[1482] Nationaal Archief, Archief Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1842-1961, inv. nr. 635, 'Ervaringen bij de evacuatie van de psychiatrische inrichting "Huize Padua" te Boekel (N.B.)'. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
[1483] De Goei 1993, 203.
[1484] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Aan de Stegge ontleent deze informatie aan verpleger Philip Kemp, die in 1937 zijn opleiding voor de B-verpleging begon in het RKG te Woensel.
[1485] Bakker 2002c, 127.

1941 vorderden de Duitsers een groot deel van deze inrichting om daar een marine-lazaret te vestigen. Aanvankelijk lukte het nog om de patiënten uit de gevorderde paviljoens in Vrederust zelf en in twee weeshuizen te Bergen op Zoom – het ene protestants, het andere rooms-katholiek - onder te brengen. Toen de Duitsers vervolgens alle mannenpaviljoens opeisten, verhuisden veertig patiënten naar Het Groot Graffel (Warnsveld) en zestig patiënten met hun verplegers en verpleegsters naar Vogelenzang (Bennebroek).[1486]

Deze vroege evacuaties ten gevolge van oorlogsschade aan of vordering van (delen van) psychiatrische inrichtingen vormden nog slechts het begin. Met name de vanaf juni 1942 door de Duitsers opgelegde ontruiming van psychiatrische inrichtingen in de kuststreek in verband met de aanleg van de *Atlantikwall* – de bijna 3.000 kilometer lange verdedigingslinie langs de Atlantische en de Noordzeekust - en de in de herfst van 1944, tijdens de opmars van de geallieerden, door diverse inrichtingen geleden oorlogsschade zouden omvangrijke en voor alle betrokkenen ingrijpende evacuaties met zich meebrengen.

Al met al kwam het merendeel van de psychiatrische inrichtingen het eerste bezettingsjaar zonder ernstige problemen door. Wel kostte een bominslag op Duin en Bosch in de nacht van 12 op 13 augustus 1940 het leven aan twee patiënten.[1487] Voorts verordonneerde de Duitse bezetter in het najaar van 1940 een beroepsverbod voor joden in openbare dienst.[1488] Dit hield in dat joods overheidspersoneel, joodse bestuurders en joodse volksvertegenwoordigers, dus ook het joodse personeel dat in de publieke psychiatrische inrichtingen werkzaam was, uit hun functies moesten worden ontheven. Voor Claartje van Aals betekende deze maatregel, zoals eerder vermeld, haar ontslag bij de Nederlandsche Spoorwegen. Voor joodse artsen en verplegenden in publieke inrichtingen kon banenruil met niet-joods, 'arisch' personeel uit Israëlitische instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een oplossing bieden. Dit was althans de oplossing die G. Kraus, geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, en inspecteur J.H. Pameijer aandroegen en waartoe zij hun bemiddeling aanboden.[1489] Het door de Duitse bezetter verordonneerde beroepsverbod voor joden in openbare dienst vormde, naar later zou blijken, de opmaat tot een hele reeks verordeningen die tot doel hadden de joden te stigmatiseren, sociaal te isoleren, te discrimineren en uiteindelijk, vanaf juli 1942, te deporteren en te vermoorden.

Eenzelfde lot bleef, zoals gezegd, de (niet-joodse) geesteszieken en zwakzinnigen in Nederland bespaard. Dat was, gezien de obsessie van de nazi's met de instandhouding van de zuiverheid en de kracht van het 'arische ras', geenszins vanzelfsprekend. Al sinds de machtsovername door A. Hitler in 1933 waren Duitse medici druk doende geesteszieken en zwakzinnigen te steriliseren. Tot 1945 werden in Duitsland, met inbegrip van de geannexeerde gebieden, ongeveer 400.000 mannen en vrouwen van hun vruchtbaarheid beroofd door gedwongen sterilisatie op grond van het in 1933 ingevoerde *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, de wet ter voorkoming van nageslacht

[1486] Gorisse 1997, 49-50.
[1487] Blok 1997b, 154.
[1488] Romijn 2006, 176-188.
[1489] Blok 1997b, 154.

met erfelijke ziekten.[1490] Door de onvakkundige uitvoering ervan maakten deze operaties tal van dodelijke slachtoffers, vooral onder vrouwen.

In 1939 gingen de nazi's over tot nog radicalere maatregelen, tot wat zij noemden de toepassing van 'euthanasie' op 'onvolwaardige levens'. Tussen september 1939 en 1945 werden ongeveer 5.000 lichamelijk of geestelijk gehandicapte kinderen vermoord door toediening van dodelijke hoeveelheden medicijnen. Begin 1940 ging 'operatie T-4' van start, zo genoemd naar het Berlijnse adres Tiergartenstrasse 4, waar het bestuurlijke centrum van deze onderneming zetelde. Tussen januari 1940 en augustus 1941 werden in het kader van het T-4 programma ruim 70.000 volwassen geesteszieken en zwakzinnigen door vergassing in zes daartoe omgebouwde inrichtingen om het leven gebracht.[1491] Toen de rooms-katholieke Münsterse bisschop C.A. Graf von Galen op 3 augustus 1941 in een preek luid en duidelijk protest aantekende tegen deze moordpraktijken, volgde drie weken later Hitlers bevel tot stopzetting van operatie T-4.[1492] Daarmee kwam overigens alleen een eind aan de centraal georganiseerde en gestuurde massamoord die in de zes inrichtingen plaatsvond. Aan het 'euthanasie' programma als zodanig veranderde niets, behalve dat de uitvoering ervan voortaan onder regionale of lokale verantwoordelijkheid geschiedde.[1493] In 1943 kwam een tweede grote golf van transporten vanuit de inrichtingen op gang – ditmaal voornamelijk naar inrichtingen in Zuid-Duitsland.[1494] Ongeveer 96.000 geesteszieken en zwakzinnigen stierven door uithongering, verwaarlozing, en/of een dodelijke overdosis aan medicijnen. In totaal vonden tot aan het eind van de oorlog ruim 200.000 mensen de dood ten gevolge van het 'euthanasiebeleid' van de nazi's.[1495]

In hoeverre was men indertijd in kringen van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie van dit alles op de hoogte? Zoals eerder vermeld stonden ook Nederlandse pleitbezorgers van de eugenetica tamelijk gereserveerd of zelfs kritisch ten opzichte van het radicalisme en de racistische aard van het nazistische gedachtengoed op dit gebied.[1496] De sterilisatiepraktijken van de Duitsers waren in ons land al voor de oorlog bekend.[1497] Of dat ook gold voor de in september 1939 begonnen moord op lichamelijk of geestelijk gehandicapte kinderen is vooralsnog niet duidelijk. Weliswaar schreef J. van der Spek, destijds geneesheer-directeur van Maasoord te Poortugaal, in een ongepubliceerd manuscript dat tijdens een ressortvergadering in Sancta Maria te Noordwijkerhout in 1939 voor 'de Duitse gruwelen' werd gewaarschuwd, maar het is niet aannemelijk dat daarbij behalve op de sterilisaties ook al op de (aanstaande)

[1490] Kersting 2005, 202.
[1491] Faulstich 2003, 22. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1492] Walter 1996, 679. Officiële, vanaf zomer 1940 door de rooms-katholieke kerk en ook van evangelische zijde ingediende protesten tegen 'Aktion T4' waren zonder gevolg gebleven. Zie Walter 1996, 673-679.
[1493] Walter 1996, 679-684.
[1494] De evacuaties vanuit de inrichtingen waren onder meer bedoeld om ruimte vrij te maken voor de inrichting van militaire hospitaals en voor de evacuatie van ziekenhuizen in de steden. Zie Kersting 2005, 203.
[1495] Kersting 2005, 203.
[1496] Zie 2.3. Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie.
[1497] Zie onder meer de publicaties over de inrichtingen voor epileptici Meer en Bosch (Heemstede) en Bethesda Sarepta (Haarlem): Van Dijk en Ledeboer 1948, 14-17; Venema 1982, 110-111. Meer en Bosch nam in 1935 een Duitse kunstenaar op, die aan epilepsie leed, daarvoor in Duitsland zou worden gesteriliseerd en derhalve naar Nederland was gevlucht. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge. Zie ook hieronder.

‘euthanasie’ op ‘onwaardige levens’ werd gedoeld.[1498] Naar alle waarschijnlijkheid werden de ogen pas goed geopend in de herfst van 1941 toen het protest van Von Galen tegen het Duitse vernietigingsprogramma volop doorklonk in Nederland – zowel in katholieke kring als in kringen van het verzet. De aartsbisschop van Utrecht, monseigneur J. de Jong, door J. Presser getypeerd als ‘principieel volstrekt tegenstander van het nationaal-socialisme’, vervulde, naar op grond van onderzoek van Aan de Stegge mag worden aangenomen, een spilfunctie in de verspreiding van de preek onder de eigen gelederen.[1499]

Het ondergrondse blad *Het Parool* wijdde op 25 september 1941 een artikel aan het nazi-programma en het bisschoppelijke protest onder de titel ‘Nazi – Humanisme. Geesteszieken worden in Duitschland afgemaakt’.[1500] Het verwees naar een eerder in dat jaar te New York verschenen boek, getiteld *Berlin Diary*, van W.L. Shirer, die vele jaren correspondent te Berlijn was. Shirer onthulde, aldus *Het Parool*, dat de nazi-autoriteiten sedert de zomer van 1940 bezig waren op grote schaal ongeneeslijke krankzinnigen en zwakzinnigen, kinderen en ouden van dagen in koelen bloede af te maken. Tevens maakte *Het Parool* in extenso melding van een door Von Galen in de zomer van 1941 in de St. Lambertuskerk te Münster afgelegde verklaring en diens eerder genoemde preek, waarin hij niet alleen aan zijn eerdere verklaring herinnerde, maar ook nadere gegevens over deze ‘massamoorden’ van het nazi-bewind wereldkundig maakte. Uit Von Galens verklaring van 6 juli nam *Het Parool* de volgende, door de krant in het Nederlands vertaalde, passage over.

> Sedert eenige maanden ontvangen wij berichten, dat uit gestichten voor geesteszieken op bevel van Berlijn, verpleegden, die reeds lang ziek zijn en mogelijk ongeneeslijk lijken, onvrijwillig weggevoerd worden. Regelmatig ontvangen dan de verwanten na korten tijd de mededeeling, dat de zieke overleden is, het stoffelijk overschot verbrand is en de asch kan worden afgeleverd. Algemeen heerscht de aan zekerheid grenzende verdenking, dat deze talrijke onverwachte sterfgevallen van geesteszieken niet van zelf ontstaan, maar opzettelijk worden veroorzaakt en dat men daarbij de leer volgt, welke beweert, dat men zoogenaamd levensonwaardig leven mag vernietigen, dus onschuldige menschen dooden, als men meent, dat hun leven voor volk en staat niets meer waard is. Een leer, welke verschrikkelijk is, die het vermoorden van onschuldigen wil rechtvaardigen, die het gewelddadig dooden van invaliden, gebrekkigen, ongeneeslijke zieken, ouderdomszwakken, die niet meer tot arbeid in staat zijn, in beginsel toestaat.[1501]

Er was, aldus *Het Parool*, alle reden tot waakzaamheid van de kant van Nederlandse artsen.

[1498] Van der Spek s.a. [ca. 1970], 179.
[1499] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook Presser 1965, I: 35.
[1500] Van der Spek s.a. [ca. 1970], 187-190: 188. Van der Spek vermeldt als jaartal van dit artikel in *Het Parool* abusievelijk 1940. Hij heeft het artikel in overgetypte vorm als bijlage in zijn manuscript opgenomen.
[1501] Geciteerd bij Van der Spek s.a. [ca. 1970], 188.

> De barbarenpraktijken bewijzen wel, in welke richting de medische wetenschap in het Derde Rijk gedwongen wordt zich te ontwikkelen. De Nederlandsche artsen, die tot nogtoe van oordeel waren, dat zij zich over de gelijkschakeling van de Nederlandsche artsen-wereld door de nazi's niet zoo ongerust behoefden te maken, kunnen uit deze feiten wellicht eenige leering putten.[1502]

Een maand eerder, op 24 augustus 1941, had een groep artsen zich, uit verzet tegen plannen van de Duitsers een Nederlandse Artsenkamer op te richten, verenigd in Medisch Contact.[1503] Begin oktober 1941 waarschuwde Medisch Contact in een estafettebrief voor de gevaren die dreigden wanneer de bezetter zou pogen de artsen in een artsenkamer te organiseren onder leiding van een NSB-arts. Tot die gevaren behoorden 'uitvoering van de sterilisatiewetten' en 'het doden van krankzinnigen en psychopathen'.[1504] Het moge duidelijk zijn dat de berichten over de Duitse gruwelen op enigerlei wijze bij Medisch Contact terecht waren gekomen, of dat nu via de ondergrondse pers was gebeurd dan wel via de verspreiding van von Galens preek door aartsbisschop De Jong. Aan de Stegge veronderstelt dat J.A.J. Barnhoorn, geneesheer-directeur van de St. Willibrordusstichting te Heiloo, tevens voorzitter van de Rooms-Katholieke Artsenvereeniging en vanaf de oprichting als bestuurslid betrokken bij Medisch Contact, de alarmerende berichten aan Medisch Contact heeft doorgegeven nadat hij von Galens preek uit handen van de aartsbisschop ofwel van de geestelijk adviseur van de Rooms-Katholieke Artsenvereeniging, Mgr. F.A.H. van de Loo, had ontvangen.[1505]

Hoe dan ook moet dus uiterlijk in oktober 1941 in kringen van het artsenverzet bekend zijn geworden wat zich in de Duitse krankzinnigengestichten afspeelde – behalve de gedwongen sterilisaties ook regelrechte moord op grote aantallen geesteszieken en zwakzinnigen. De wereld van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie was dan ook gewaarschuwd en had alle reden om alert te zijn voor het geval de Duitse bezetter ook in Nederland tot een dergelijk beleid zou willen overgaan.

Een verhuld protest tegen de nazi-ideologie en -praktijken viel te beluisteren in het kader van de door de Examen Commissie van de NVPN ter gelegenheid van haar vijftigjarig jubileum uitgeschreven opstellenwedstrijd voor verplegenden.[1506] De prijsuitreiking vond plaats op 12 december 1941. De jury - onder voorzitterschap van inspecteur J.H.M. Koenen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten - kende de eerste prijs toe aan een opstel met de titel 'Eerbied voor het leven', geschreven door C.A. Dardenne Ankringa, een (recent) gediplomeerd verpleger werkzaam in het Willem Arntsz Huis te Utrecht.[1507] De boodschap van het opstel was ondubbelzinnig: respecteer altijd de waarde van het leven, ook van diep gestoorde en ernstig gehandicapte patiënten. De tweede prijs ging naar het opstel van een

---

[1502] Geciteerd bij Van der Spek s.a. [ca. 1970], 188.
[1503] De Vries 1949, 19. De Nederlandsche Artsenkamer werd in december 1941 ingesteld. Ruim 80 procent van de Nederlandse artsen weigerde zich door middel van een hun toegezonden en in september 1942 te retourneren formulier bij deze Artsenkamer aan te melden. Zie ook De Jong 1969-1994, VI: hoofdstuk 9.
[1504] De Vries 1949, 173.
[1505] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III; De Vries 1949, 79.
[1506] Zie Aan de Stegge 2005b; Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie voorts 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep.
[1507] Aan de Stegge 2005b, 57.

jonge leerling-verpleegster uit Santpoort, A. Wijngaard, getiteld 'Demente oudjes', met als portee de 'zin' die ze aan het verplegen van deze oudjes ontleende.[1508] In totaal werden drie van de 84 binnengekomen opstellen bekroond en in 1942 gepubliceerd in het *Tijdschrift voor ziekenverpleging.* Nog eens drie andere opstellen kregen een eervolle vermelding.

De primeur van openlijk verzet in de wereld van de psychiatrie komt, voor zover thans bekend, toe aan de inrichtingen voor epileptici Meer en Bosch (Heemstede) en Bethesda Sarepta (Haarlem) van de Christelijke Vereeniging voor de Verpleging van Lijders aan Vallende Ziekte.[1509] Bestuur en staf waren al vroeg op de hoogte van het sterilisatiebeleid in nazi-Duitsland. Epileptici waren daar niet langer veilig en werden onder dwang gesteriliseerd. Toen in 1935 een aan vallende ziekte lijdende en in eigen land met sterilisatie bedreigde Duitse kunstenaar in Meer en Bosch werd opgenomen, kon men uit de eerste hand ervaren welke weg nazi-Duitsland was ingeslagen.[1510] Een week vóór de Duitse inval besloot het bestuur twee broeders die zich bij de NSB hadden aangesloten, te ontslaan. De doorslag gaf dat één van hen het had bestaan een 'nazi-redevoering' te 'houden tegen de patiënten, terwijl het behandelen van politieke onderwerpen uitdrukkelijk was verboden'.[1511] In oktober 1941 eiste de 'commissaris voor niet-commercieele vereenigingen te Den Haag' dat de beide broeders weer in dienst werden genomen. Het bestuur weigerde dit, 'heel goed begrijpend dat daarmede de infiltratie van de NSB in de Inrichtingen zou beginnen met alle gevolgen van dien'.[1512] Geneesheer-directeur B.Ch. Ledeboer – later hoofdbestuurslid van Medisch Contact - hield vervolgens verschillende bijeenkomsten met de broeders en zusters en het overige personeel. Daarbij bleek, zo gaf Ledeboer in een rede bij de heropeningsplechtigheid van de inrichtingen in 1946 te kennen,

> dat niet alleen allen geheel doordrongen waren van het principieel onaanvaardbare der eischen, welke aan ons gesteld werden, maar ook van het feit dat van onze houding veel zou afhangen t./o. van hetgeen de bezetter zou pogen te ondernemen met alle inrichtingen welke geesteszieken verpleegden in ons land. Het was al genoegzaam bekend geworden hoe de nat.-social. mentaliteit in dezen was: vernietigen wat 'onbruikbaar' is. Alleen door den Duitschers en N.S.B. de overtuiging bij te brengen, dat zij bij de door hen voorgenomen maatregelen wat dit betreft in ons land scherp principieel verzet zouden ontmoeten, meenden wij groot onheil te kunnen voorkomen.[1513]

Bestuur, directie en personeel van Meer en Bosch besloten elke NSB-inmenging in hun werk 'principieel van de hand te wijzen en alle consequenties daarvan te aanvaarden.'[1514] Tussen bestuur en personeel werd afgesproken om de opzeggingstermijn voor ontslagname terug te brengen tot één week en dat dit ontslag automatisch zou ingaan

[1508] Aan de Stegge 2005b, 57-58.
[1509] Van Dijk en Ledeboer 1948, 10-28; Venema 1982, 108-114.
[1510] Van Dijk en Ledeboer 1948, 15-16; Venema 110-111.
[1511] Van Dijk en Ledeboer 1948, 11.
[1512] Van Dijk en Ledeboer 1948, 12-13.
[1513] Van Dijk en Ledeboer 1948, 13.
[1514] Van Dijk en Ledeboer 1948, 17.

wanneer van NSB- of Duitse zijde in het werk zou worden ingegrepen. Dat moment brak in maart 1942 aan, toen bestuur en directie werden afgezet en vervangen door NSB-functionarissen. Het nieuwe bestuur kreeg van de afgezette voorzitter te horen dat het hele personeel, met uitzondering van één NSB-lid, ontslag had genomen en nog één week zou werken. In die week kwamen familieleden de patiënten ophalen. Pogingen van de nieuwe NSB-directeur om dit tegen te houden, liepen op niets uit. Evenmin slaagde het nieuwe bestuur erin het personeel tot aanblijven te dwingen. Ook een bezetting van de inrichtingen door de politie bracht het personeel niet tot andere gedachten. Tegen het eind van de week was het grootste deel van de patiënten vertrokken, maar voor ongeveer 200 patiënten moest nog een adres worden gevonden. Op dat moment riep het NSB-bestuur de hulp van de Duitsers in, die op hun beurt een bijeenkomst van het oude en het nieuwe bestuur belegden. Het NSB-bestuur deelde mee dat het had besloten de nog aanwezige patiënten naar andere inrichtingen te evacueren. Men vroeg het oude bestuur om het personeel te verzoeken voor de duur van de evacuatie, zo'n drie maanden, in dienst te blijven. Het oude bestuur vond dit niet acceptabel en deed een tegenvoorstel: 'wij willen zelf de evacuatie verzorgen en wel in drie dagen op voorwaarde dat niemand zich ermede bemoeit dan ons eigen personeel en ook dat meegenomen kan worden alles wat voor de verpleging van onze patiënten elders noodig is.'[1515] Zo gebeurde – op 28 maart 1942 waren de laatste patiënten vertrokken. Direct daarna werden de mannelijke leden van het oude bestuur en de oude directie, alsmede de hoofdbroeder gearresteerd en naar de gevangenis te Amsterdam overgebracht. Ze werden na vijf weken vrijgelaten. Volgens Ledeboer was hun vrijlating mede te danken aan 'de alom in het land merkbare verontwaardiging zich o.a. uitend in een manifest der Kerken en […] een open brief van de Ned. Artsen'.[1516]

Voor het merendeel van de Nederlandse psychiatrische inrichtingen bracht het jaar 1941 - en ook de eerste vijf maanden van 1942 - geen ingrijpende veranderingen met zich mee. Alleen kreeg nu ook een derde inrichting met een vordering voor langere duur te maken. Behalve de (hierboven vermelde) voortgaande vordering van gebouwen van de St. Willibrordusstichting en Vrederust en de daarmee samenhangende evacuaties, kwam begin oktober 1941 het bevel tot ontruiming van het Noorder Sanatorium, behorend tot Dennenoord (Zuidlaren). Het sanatorium werd in gebruik genomen door het *Luftnachrichten Regiment Motorisiert 203*. De patiënten van het Noorder Sanatorium kregen onderdak in andere paviljoens van Dennenoord.[1517]

3.2.3. *Evacuatie en voedselrantsoenering*

In de loop van 1942 keerde het tij. Om te beginnen verordonneerden de Duitsers in verband met de aanleg van de *Atlantikwall* - als onderdeel van de algehele evacuatie van de kuststreek - de ontruiming van de psychiatrische inrichtingen in de kuststreek.[1518] Het boven vermelde evacuatieplan van de Inspectie trad wederom in werking. Duin en Bosch (Bakkum) was in juni van dat jaar als eerste aan de beurt. Patiënten en een deel van het personeel verhuisden naar Het Groot Graffel (Warnsveld), de Willem Arntsz Hoeve (Den

[1515] Van Dijk en Ledeboer 1948, 21.
[1516] Van Dijk en Ledeboer 1948, 23.
[1517] Furnée en Jonkman 1994, 127-133.
[1518] Zie onder meer Blok 1997b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

Dolder), het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik en Coudewater (Rosmalen).[1519] De in Duin en Bosch ondergebrachte patiënten uit de St. Willibrordusstichting kregen onder meer onderdak in Voorburg (Vught) en het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel.[1520] Eind december 1942 volgde de evacuatie van (de rest van) de St. Willibrordusstichting naar Voorburg (Vught).[1521] Eveneens eind december 1942, maar doorgaande tot in januari 1943, vond de evacuatie van Sancta Maria (Noordwijkerhout) plaats. Patiënten en personeel verhuisden naar Coudewater (Rosmalen) en St. Anna (Venray).[1522] Ook de onder het Staatstoezicht vallende Willem van den Bergh Stichting, de gereformeerde zwakzinnigeninrichting te Noordwijk, moest in 1942 evacueren. Een groot deel van de verpleegden werd ontslagen, de rest verhuisde naar de zwakzinnigeninrichting 's Heerenloo te Ermelo.[1523]

In januari en februari 1943 volgden de evacuaties van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, St. Bavo (Noordwijkerhout), Bloemendaal (Loosduinen), Oud-Rosenburg (Loosduinen) en Vogelenzang (Bennebroek). Voor Endegeest (Oegstgeest) werd het bevel tot ontruiming op het laatste moment ingetrokken – naar verluidt omdat de gastgestichten vol zaten.[1524] Patiënten en personeel van Santpoort verhuisden naar de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder), het Willem Arntsz Huis (Utrecht), Voorburg (Vught), Brinkgreven (Deventer), Het Groot Graffel (Warnsveld) en het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel.[1525] St. Bavo werd ondergebracht in Huize Padua (Boekel), St. Servatius (Venray) en Huize St. Pascalis (Oostrum, Venray).[1526] Bloemendaal kreeg onderdak in Dennenoord (Zuidlaren) en Wolfheze.[1527] Oud-Rosenburg verhuisde naar Coudewater (Rosmalen) en Het Groot Graffel (Warnsveld).[1528] Vogelenzang kreeg opvang in Franeker en Veldwijk (Ermelo).[1529] Een optelsom leert dat acht van de negen in de kuststreek gelegen psychiatrische inrichtingen moesten

---

[1519] Blok 1997b, 156-157 en 295. Van de patiënten van Duin en Bosch werden er 60 naar huis gestuurd, 195 naar Het Groot Graffel, 162 naar Medemblik (alleen mannen), 250 naar de Willem Arntsz Hoeve, 160 naar Coudewater (allen vrouwen).

[1520] Bakker 2002c, 128-129.

[1521] Bakker 2002c, 129 en 386. Het betrof 377 patiënten plus begeleidend personeel.

[1522] Jongmans 1985, 131-133; Marlet 2005, 327; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Sancta Maria (in 1936 waren dat er 716; zie Van der Esch 1975-1980, I: 82) werden er 131 naar huis gestuurd, 130 naar Coudewater en 'enkele honderden' (zie Marlet 2005, 327) naar St. Anna.

[1523] Lekkerkerker 1945a, 3. Beide zwakzinnigeninrichtingen behoorden tot de Vereeniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen.

[1524] Blok 1998a, 134. Zie ook Aan de Stegge 2006a en proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

[1525] Blok 1997b, 295. Van de patiënten van Santpoort werden er 300 naar huis gestuurd, 500 naar de Willem Arntsz Hoeve, 190 naar het Willem Arntsz Huis, 250 naar Voorburg, 85 naar Brinkgreven, 200 naar Het Groot Graffel en 100 naar het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel.

[1526] [Sint Bavo] 1965, 45-50; Kroft 2005, 105-106; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Sint Bavo werden er 40 naar huis gestuurd, 199 naar Huize Padua, 413 naar St. Servatius en 128 naar Huize St. Pascalis. Vergelijk Binneveld en Wolf 1985, 138-139: zij vermelden dat (ook) Voorburg (Vught) een deel van de patiënten van St. Bavo onderdak verleende.

[1527] Veldman 1984, 268. In totaal 851 patiënten van Bloemendaal werden ondergebracht in Dennenoord en Wolfheze.

[1528] Jongmans 1985, 131-133; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Oud-Rosenburg (in 1936 waren dat er 450; zie Van der Esch 1975-1980, I: 82) gingen er 212 naar Coudewater en 170 naar Het Groot Graffel.

[1529] Kuiper 1984, 363. Van de patiënten van Vogelenzang werden er 177 naar huis gestuurd, 369 naar Franeker en 384 naar Veldwijk.

evacueren en dat vijftien psychiatrische inrichtingen elders in Nederland gastvrijheid verleenden aan patiënten en personeel van deze geëvacueerde inrichtingen. Voor zover het confessionele inrichtingen betrof geschiedde de evacuatie overwegend naar zusterinstellingen.

Aan de vooravond van de evacuaties werden doorgaans de ‘betere’ patiënten en patiënten die ook thuis opgevangen konden worden, met vervroegd ontslag dan wel met proefverlof naar huis gestuurd. De overige patiënten van de acht te evacueren psychiatrische inrichtingen, ruim 6.000, vertrokken met begeleidende personeelsleden naar de gastinrichtingen. In de meeste gevallen ging de reis per trein. Het vervoer naar en vanaf het station geschiedde per ambulance, bus of vrachtwagen. Over de evacuatie van Vogelenzang (Bennebroek) noteerde verpleger Andries Kaptijn in zijn eerder aangehaalde ‘Herinneringen bij het ouder worden’ het volgende.

> We moesten verkassen met de hele meute. Dat gaf een hoop werk. Een deel, het meubilair zoals bedden en ledikanten en ik denk een heleboel gehamsterde etenswaren, ging per schip. De patienten met het begeleidende personeel gingen met de trein. Een deel ging naar een inrichting in Franeker, een ander deel ging naar Ermelo Veldwijk. Ik was ingedeeld bij de groep Ermelo. Nou, dat was je daar behelpen zo goed je maar kon. Later kwam er ook nog een deel van 'Bloemendaal' te Loosduinen bij, zodat het daar tjokvol zat met patienten.[1530]

Betekende de reis naar de gastinrichting al een forse belasting voor met name de oudere en zwakkere patiënten, na aankomst stond hun verblijf in het teken van ruimtegebrek en een toenemende schaarste aan voedsel en/of andere elementaire voorzieningen. De geëvacueerde afdelingen bleven doorgaans zelfstandig functioneren: het beginsel was dat ieder voor zijn eigen patiënten zorgde.[1531] Sommige gastinrichtingen zagen hun bevolking (nagenoeg) verdubbelen, zoals Voorburg (Vught), de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder) en Het Groot Graffel (Warnsveld).[1532] Er werd, kortom, veel improvisatie- en incasseringsvermogen gevergd van zowel de gastinrichtingen als de evacués. Daar kwam nog bij dat de Duitsers in juni 1943 de St. Josephstichting (Apeldoorn) vorderden. Huize Padua (Boekel) fungeerde als gastinrichting voor de evacués van de eveneens tot de congregatie van de Broeders Penitenten behorende St. Josephstichting, maar moest daartoe wel eerst de evacués van St. Bavo doorsturen naar St. Servatius (Venray), dat evenals St. Bavo tot de congregatie van de Broeders van Liefde behoorde.[1533]

Bij de in juni 1942 begonnen en begin 1943 voltooide evacuaties van psychiatrische inrichtingen uit de kuststreek naar inrichtingen elders in Nederland was meer dan de helft van de psychiatrische inrichtingen in Nederland betrokken, hetzij als geëvacueerde inrichting, hetzij als gastinrichting. Van de Noord- en Zuid-Hollandse

---

[1530] Kaptijn s.a. [c. 1990], 27. Zie ook 2.3.3. Een verpleger van ‘de oude stempel’.
[1531] Zie onder anderen Binneveld en Wolf 1985, 140; Jongmans 1985, 133; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1532] Zie over Voorburg: Binneveld en Wolf 1985. Zie over de Willem Arntsz Stichting: Hut et al. 1961. Zie over Warnsveld: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1533] [Sint Bavo] 1965, 50; Kroft 2005, 106. Ook Huize St. Pascalis (Oostrum, Venray) nam St Bavo-bewoners vanuit Huize Padua op.

inrichtingen bleven alleen het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, Endegeest (Oegstgeest), St. Joris (Delft) en Maasoord (Poortugaal) van evacuatie gevrijwaard.

Er dienden zich inmiddels nog meer problemen aan die de psychiatrische inrichtingen rechtstreeks raakten: de deportatie van joden en de voedselrantsoenering. De deportatie van joden uit psychiatrische inrichtingen nam een aanvang tijdens de jaarwisseling van 1942 op 1943 en zou, voorzover bekend, met tussenpozen tot in augustus 1944 doorgaan. Wij komen hierop terug nadat we eerst een al eerder gerezen kwestie, namelijk de van NSB-zijde voorgestelde verlaging van de voedselrantsoenen van patiënten in psychiatrische inrichtingen, aan een nadere beschouwing hebben onderworpen.

Al voordat de oorlog uitbrak waren maatregelen getroffen en noodwetten aangenomen om de productie en de distributie van voedsel in oorlogstijd zeker te stellen.[1534] De organisator van dit alles was ir. S.L. Louwes, hoofd van het in 1937 opgerichte Rijks Bureau voor de Voorbereiding van de Voedselvoorziening in Oorlogstijd (RBVVO). Ook tijdens de bezettingsjaren vervulde hij als directeur-generaal van de Voedselvoorziening een spilfunctie.[1535] Hij wist te voorkomen dat bepaalde groepen, zoals joden, patiënten in psychiatrische inrichtingen, zieken en onderduikers opzettelijk minder kregen toebedeeld of geheel van de normale distributie werden uitgesloten. In zijn studie over de voedselvoorziening tijdens de Tweede Wereldoorlog concludeert G.M.T. Trienekens dat ‘indien de bezetter niet tot samenwerking met de Nederlandse autoriteiten genoodzaakt was geweest, de rantsoenen voor niet-arische bevolkingsgroepen en zwakkeren in de samenleving danig onder druk waren gekomen’.[1536]

Al met al bleef de hoeveelheid calorieën die de gemiddelde Nederlandse burger kon consumeren tot september 1944 redelijk op peil en lag het niveau in Nederland zelfs hoger dan in de andere door Duitsland bezette gebieden.[1537] Wel veranderde de samenstelling van het voedselrantsoen: het bevatte minder (dierlijke) vetten en meer vezelrijke producten zoals granen, aardappels, peulvruchten en koolsoorten. Deze omschakeling ging aanvankelijk gepaard met gewichtsverlies. Trienekens merkt hierbij overigens wel op dat het dieet van veel Nederlanders vóór de bezetting te overdadig, met name te vet, was.[1538]

Vanuit de inrichtingspsychiatrie maakte C.F. Engelhard, geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Stichting (Utrecht en Den Dolder), reeds op 30 oktober 1941 tijdens een buitengewone algemene vergadering van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland een eerste balans op.[1539] Hij liet weten dat in de Willem Arntsz Stichting door de strenge distributiemaatregelen het gewicht van de derde-klassepatiënten in de leeftijdsklasse van 25 tot 50 jaar gedurende de maanden mei tot en met december 1940 bij de mannen met gemiddeld 5.6 kilo en bij de vrouwen met gemiddeld 4.3 kilo achteruit was gegaan.[1540] Gedurende de maanden januari tot en met

---

[1534] Zie Trienekens 1985 en Trienekens 1995. Zie ook Klemann 2002, hoofdstuk 13.
[1535] Zie Trienekens 1985, hoofdstuk 3 en Trienekens 1995, hoofdstuk 5. Zie ook Romijn 2006, 112.
[1536] Trienekens 1985, 227.
[1537] Klemann 2002, 447-453.
[1538] Trienekens 1995, 32.
[1539] Engelhard 1941.
[1540] Engelhard 1941, 3.

september 1941 was het gewicht van deze zelfde categorie patiënten bij de mannen nog eens met gemiddeld 2.6 kilo en bij de vrouwen met gemiddeld 1.5 kilo gedaald. Mede dankzij de opbrengsten van het eigen land- en tuinbouwbedrijf in Den Dolder bedroeg het 'normale' dagrantsoen van derde-klassepatiënten (iets meer voor mannen en iets minder voor vrouwen) gedurende de maanden januari tot en met september 1941 in Utrecht 2.069 calorieën (66 gram eiwit, 47 gram vet en 332 gram koolhydraten) - in Den Dolder was het dagrantsoen een fractie hoger. Ter vergelijking: tussen 1928 en 1935 was een hoeveelheid van 2.069 calorieën alleen voor vrouwelijke derde-klassepatiënten de norm geweest; alle andere patiënten hadden aanzienlijk meer gekregen met dagrantsoenen variërend van ongeveer 2.500 calorieën voor mannelijke derde-klassepatiënten tot ruim 3.000 calorieën voor mannelijke eerste-klassepatiënten. Engelhard liet tevens weten dat 'redelijk wel voldaan' was aan het besluit om 'de uiteenlopende samenstelling van de maaltijden voor de verschillende klassen der patiënten en groepen van het personeel althans in beginsel te handhaven'.[1541] Zo hadden de eerste-klassepatiënten en het hoofdpersoneel in juli 1941 per dag 2.369 calorieën (87 gram eiwit, 66 gram vet en 341 gram koolhydraten) kunnen nuttigen. Hieruit valt op te maken dat, vergeleken bij de hierboven genoemde vooroorlogse jaren, de verschillen qua calorische waarde tussen de dagrantsoenen voor eerste-klasse- en derde-klassepatiënten inmiddels flink waren gereduceerd.

Engelhard hield zijn inleiding niet lang nadat de berichten over de moord op grote aantallen geesteszieken en zwakzinnigen in Duitsland ook in Nederland waren doorgedrongen. Voor zover zijn toehoorders al niet op de hoogte waren, zullen zij ongetwijfeld tijdens deze vergadering van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland over de Duitse gruwelen zijn ingelicht. Ook Louwes, de directeur-generaal voor de Voedselvoorziening, zal er vermoedelijk weet van hebben gehad. Hij onderhield in ieder geval contacten met aartsbisschop De Jong, die een belangrijke rol vervulde in de verspreiding van de bewuste preek van Von Galen.[1542]

Daar kwam nog het volgende bij. Op 18 oktober 1941, op de eerste verjaardag van het nationaal-socialistisch Medisch Front, had NSB-leider Mussert, met een beroep op de deskundigheid van zijn vrouw, die voor haar huwelijk krankzinnigen had verpleegd, verkondigd dat de krankzinnigenverpleging te duur was. 'Deze mensen', zo zei Mussert, 'krijgen te veel geld en kosten te veel geld. Dat wordt gevoeld als een onrechtvaardigheid. Deze onrechtvaardigheid uit de weg te ruimen is mede een taak van de medici van de nieuwe tijd.'[1543] In 1942 werkte hij dit standpunt nader uit. Hij maakte bezwaar tegen de (volgens hem) te hoge voedselrantsoenen voor patiënten in psychiatrische inrichtingen en bepleitte een verlaging ervan. Dat een dergelijke maatregel op bijval van Duitse zijde zou kunnen rekenen, valt af te leiden uit een instemmende reactie van *General-Kommissar zur besonderen Verwending*, F. Schmidt, op een in *Volk en Vaderland* te publiceren artikel van Mussert over deze kwestie. Schmidt schreef op 18 mei 1942: 'Ich habe nicht vor, Mussert von dieser Masznahme abzuhalten, sondern bin ihm aus rein politischen Gründen sehr dankbar, dass er das tut.'[1544] Volgens Trienekens blijkt echter nergens dat de rantsoenen daadwerkelijk verlaagd zijn.

[1541] Engelhard 1941, 4.
[1542] Trienekens 1995, 40.
[1543] Geciteerd in Algra 1983, 207.
[1544] Geciteerd in Trienekens 1985, 226.

In een rede tijdens de Tweede Landdag van het Medisch Front te Utrecht op 12 september 1942 gaf Mussert wederom te kennen dat krankzinnigen te veel kostten en dat hun rantsoenen omlaag zouden moeten. De staat zou, volgens zijn zeggen, een krankzinnige met wel 20 gulden per week ondersteunen, terwijl een normaal gezin 14 tot hoogstens 18 gulden kreeg. Mussert betoogde dat de oorlog een selectie toepaste in de verkeerde richting, want niet de zieken, zwakken en ouden van dagen, maar de sterke jonge kerels vielen met tien- en honderdduizenden. Het schortte aan een rechtvaardige verdeling van de beperkte voedselrantsoenen. 'Wist U', zo hield Mussert zijn publiek voor, 'dat de verpleegden in de krankzinnigengestichten grootere rantsoenen hebben dan de werkende menschen? Als die rantsoenen gelijkgemaakt worden, dan geloof ik, dat we toch aan onzen plicht tegenover het volk volledig hebben voldaan!'[1545]

De Santpoortse afdelingsgeneesheer P. van der Esch schreef Mussert spoedig daarna een brief waarin hij bezwaar maakte tegen diens voorstelling van zaken. Van der Esch kende Mussert persoonlijk: Van der Esch' moeder – lid van de NSB – was de hartsvriendin van mevrouw Mussert.[1546] Van der Esch opende zijn brief met de verklaring dat hij de beginselen van de NSB niet onderschreef en haar methoden afkeurde. Hij signaleerde vervolgens een tweetal 'groote onjuistheden' in Musserts rede, die door hemzelf 'als dwaling, door anderen misschien als misleiding worden gequalificeerd.' Ten eerste verwierp Van der Esch Musserts bewering dat er per week twintig gulden aan krankzinnigen werd besteed als onjuist. Volgens Van der Esch was dit bedrag minstens een vierde lager. Hij zou dan ook graag willen vernemen hoe Musserts raadgevers tot het bedrag van twintig gulden waren gekomen. Ten tweede merkte Van der Esch op dat Musserts bewering dat de rantsoenen van de verpleegden in de krankzinnigengestichten groter waren dan die van werkende mensen - 'alsof de meeste krankzinnigen niet zouden werken', zo liet Van der Esch hier tussen haakjes op volgen - slechts bij oppervlakkige beschouwing juist scheen te zijn.

> Tot dit besluit kan men alleen komen, wanneer men het burgerrantsoen vergelijkt met de toewijzing voor een gesticht gedeeld door het aantal verpleegden. Deze vergelijking is echter niet mogelijk, omdat in de gestichten ook vele lichamelijk zieken aanwezig zijn, die, wanneer zij thuis of in een ziekenhuis verpleegd zouden worden, voor extra verstrekkingen in aanmerking zouden komen.[1547]

Ook patiënten die zware arbeid verrichtten en minderjarigen boven de veertien jaar hadden recht op extra voeding. En zo voerde Van der Esch nog meer argumenten aan die tezamen uitmondden in diens conclusie 'dat tengevolge van de schijnbaar grootere, doch in werkelijkheid kleinere rantsoenen de voedingstoestand in de gestichten veel slechter is dan bij een vergelijkbare groep uit de burgerbevolking.' Van der Esch rekende Mussert tevens voor dat door 'de voorgestane gelijkmaking' slechts een uitbreiding van het burgerrantsoen kon worden verkregen 'van nog niet één calorie per dag', hetgeen neerkwam op 'één kruimeltje brood'. Van der Esch besloot zijn brief als volgt.

[1545] De Vries 1949, 310-311.
[1546] RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
[1547] RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Betreft de brief van Van der Esch aan Mussert d.d. 22 september 1942.

> Ik zou het zeer op prijs stellen van U te vernemen of er volgens Uw inzichten onjuistheden zijn in mijn bovenstaande uiteenzetting en berekening, terwijl ik een rectificatie van de door U gegeven onjuiste voorlichting van het publiek met belangstelling tegemoet zie, indien zou blijken, dat U het slachtoffer bent van de gebrekkige gegevens Uwer adviseurs.[1548]

Een antwoord van Mussert bleef uit. Wél kreeg Van der Esch uiteindelijk, op 2 december 1942, van het Medisch Front te horen dat Mussert zich in zijn rede had gebaseerd op de gegevens over de weekrantsoenen van de patiënten van Endegeest, Voorgeest en Rhijngeest. Volgens een meegezonden bijlage bedroegen de dagrantsoenen in deze gestichten medio september 1942 ongeveer 1.990 calorieën, tegenover ongeveer 1.707 calorieën voor burgers. Over het bedrag van twintig gulden werd niet gerept, laat staan dat het tot de door Van der Esch gewenste rectificatie kwam.

Was het Mussert te doen geweest om kostenvermindering en gelijkmaking van de rantsoenen van verpleegden in krankzinnigengestichten aan de burgerrantsoenen, eind 1942 wilde de commissaris der provincie Noord-Holland, de NSBer A.J. Backer, een stap verdergaan.[1549] Hij was van plan de voedselrantsoenen van de patiënten in de provinciale ziekenhuizen te verlagen tot onder het burgerrantsoen, met als argument dat geesteszieken een minder zwaar leven hadden dan mensen buiten de inrichtingen. Kraus, geneesheer-directeur van het provinciaal ziekenhuis nabij Santpoort, protesteerde heftig tegen dit voornemen. Hij liet weten dat tuberculose en hongeroedeem in Santpoort meer voorkwamen dan buiten het ziekenhuis en dat zijn patiënten nu al zo hongerig waren dat ze zich dagelijks op de vuilnisemmers stortten en met elkaar vochten tijdens de maaltijden.[1550] Of Backer zijn plan tot verlaging van de voedselrantsoenen daadwerkelijk ten uitvoer heeft gebracht, is ons niet bekend.[1551]

Uit niets blijkt evenwel dat Mussert en de zijnen van zins waren de ‘geesteszieken in Nederland te vermoorden door uithongering’, zoals enkele historici hebben geopperd.[1552] Het ging hen om kostenbesparing en verlaging van de rantsoenen tot op het niveau van ‘werkende menschen’ dan wel tot onder het burgerrantsoen, niet om een stelselmatige uithongering van de verpleegden in krankzinnigengestichten.

3.2.4. *De deportatie van joden, 1942-1944*

[1548] RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Betreft de brief van Van der Esch aan Mussert d.d. 22 september 1942.
[1549] Zie Blok 1997b, 156.
[1550] Blok 1997b, 156.
[1551] De voedselvoorziening was in principe de taak van de provinciaal voedselcommissaris en die was niet aan Backer ondergeschikt, maar aan Louwes, de directeur-generaal voedselvoorziening. Naar P. Romijn (NIOD) ons schreef, was Backer er niet de man naar om zulke plannen door te zetten als hij met ambtelijke tegenwerking of weigering werd geconfronteerd.
[1552] Vergelijk Blok 1998a, 135. Zij vatten de rede van Mussert op 12 september 1942 alsmede het voornemen van de commissaris der provincie Noord-Holland om de rantsoenen van de provinciale ziekenhuizen te verlagen, op als ‘aanwijzingen voor plannen in nationaal-socialistische kringen om alle, ook de niet-joodse, geesteszieken in Nederland te vermoorden door uithongering’. Zij voegen daar evenwel aan toe dat meer onderzoek nodig is ‘om na te gaan of de bezetter en de NSB serieus hebben gedacht aan een structureel euthanasieprogramma voor de Nederlandse geesteszieken’. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

Het meest schrijnende gebeuren waarmee (ook) de psychiatrische inrichtingen te maken kregen, was de deportatie van joden. Met ingang van september 1942 begon de Duitse bezetter met voorbereidingen voor de wegvoering van joden uit de psychiatrische inrichtingen. Om te beginnen eiste de bezetter van de geneesheren-directeur van de diverse inrichtingen de verstrekking van de namen en overige persoonsgegevens van de joodse patiënten in hun inrichting. Daarna kon het nog maanden duren eer de volgende fase aanbrak: een bezoek van of namens de Duitse bezetter aan de inrichting ten einde de joodse patiënten te doen aanwijzen en hen vervolgens weg te voeren.[1553]

Als eerste psychiatrische inrichting, nog voordat de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch plaatsvond, was Oud-Rosenburg (Loosduinen) aan de beurt. In de oudejaarsnacht van 1942 op 1943 werden honderd joodse patiënten op transport naar Westerbork gezet. Uit onderzoek van Aan de Stegge blijkt dat geneesheer H.A. Gerritsen van de Ramaerkliniek, de tezamen met Oud-Rosenburg in de stichting 'Rosenburg' ondergebrachte aangewezen of sanatorium-afdeling voor derde-klassepatiënten, op 1 september 1942 aan inspecteur Pameijer liet weten dat hij die dag was gedwongen om de namen van zijn joodse patiënten op te geven aan de *Sicherheitsdienst*.[1554] Een kleine vier maanden later, op 28 december 1942, meldde een beambte van de *Sicherheitsdienst* zich bij de geneesheer-directeur van Oud-Rosenburg, A.C.A. Rademaker, met de eis dat hij alle joodse patiënten te zien kreeg. Twee dagen later kwam dezelfde beambte terug, vergezeld van F. Fischer – één van de drie Duitsers die tot in de jaren tachtig wegens oorlogsmisdrijven gevangen zaten in de strafgevangenis van Breda – die de leiding had over de opsporing en deportatie van in totaal ongeveer 13.000 Haagse joden, onder wie bijna 250 psychiatrische patiënten.[1555] Zij stelden in overleg met Rademaker een lijst op van de eerste ruim 100 patiënten die naar Westerbork zouden worden gestuurd – drie daarvan werden nog diezelfde dag van de lijst geschrapt. Fischer beloofde dat de 'weg te voeren' joden niets zou overkomen. Ze zouden slechts 'te werk gesteld worden'. Ze mochten een koffer en een lunchpakket meenemen. Het inrichtingspersoneel werkte hard om dit alles op 31 december gereed te hebben. Wat niet in de koffer paste, nam de *Sicherheitsdienst* in beslag. Zoals gezegd, vond het transport naar Westerbork die nacht plaats. Rademaker rapporteerde dit alles op 2 januari 1943 aan inspecteur Pameijer.[1556]

Naar Rademaker na de oorlog als getuige in de zaak tegen Fischer verklaarde, had hij, voordat dit eerste transport plaatsvond, de officier van justitie, de inspecteur van het Staatstoezicht en het bestuur van de stichting hiervan kennis gegeven.

> Deze personen en instanties hebben zich niet daadwerkelijk verzet tegen het op transport stellen van de in de stichting verpleegde Joodsche patiënten. Het bestuur van de stichting in persoon van de voorzitter heeft mij opdracht gegeven in

---

[1553] Zie voor een gedetailleerde analyse van de gang van zaken in Endegeest en Rhijngeest: Aan de Stegge 2006a en Aan de Stegge 2006b. Zie voor een overzicht van de deportatie van joden uit psychiatrische inrichtingen in Nederland: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

[1554] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Tot de door Aan de Stegge over de deportaties geraadpleegde bronnen behoren: Nationaal Archief, 2.15.40, Archief van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, inv.nr. 1103, stukken betreffende deportaties. En: Persoonlijk Archief H.W. Borgerhoff Mulder: ongedateerd en handgeschreven overzicht.

[1555] Zie respectievelijk Presser 1965, II: 162; De Jong 1969-1994, VI: 313; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

[1556] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

> zoverre mede te werken dat er geen moeilijkheden met de Duitsers zouden ontstaan.[1557]

Al direct op 1 januari 1943 stelde de waarnemend geneesheer-directeur van Oud-Rosenburg, V.W.D. Schenk, zijn collega H.W. Borgerhoff Mulder, eerste geneesheer van het Sanatorium voor zenuwlijders Rhijngeest (Oegstgeest) en tevens secretaris van de Examen Commissie van de NVPN, op de hoogte van het drama dat zich in Oud-Rosenburg had afgespeeld. Hij adviseerde hem zijn joodse patiënten met spoed te laten onderduiken.[1558] Het bericht over de deportatie van de honderd joodse patiënten van Oud-Rosenburg werd ook al spoedig bekend onder geneesheren(-directeur) van andere psychiatrische inrichtingen.

Geneesheer-directeur Engelhard van de Willem Arntsz Stichting (Utrecht en Den Dolder) was in ieder geval gewaarschuwd. Mogelijk had hij tevens kennis genomen van de medio december 1942 door de Utrechtse aartsbisschop De Jong aan de besturen van R.K. ziekenhuizen verstrekte richtlijn om niet mee te werken aan de registratie van joodse patiënten. 'Zij [de R.K. ziekenhuizen] hebben de patiënten opgenomen om ze te genezen en niet om mede te werken aan hun deportatie en erger', zo liet mgr. De Jong weten.[1559] Toen de *Beauftragte* van de Duitse Rijkscommissaris te Utrecht op 7 januari 1943 Engelhard om opgave verzocht van de in diens inrichtingen verpleegde joodse patiënten, weigerde hij. In een brief van 14 januari 1943 schreef hij aan de *Beauftragte* onder meer dat hij zich eerder – eind november en begin december 1942 – nog bereid had getoond om vragen te beantwoorden van de commissaris van politie te Utrecht respectievelijk de gemeente-secretarie te 's-Gravenhage over het aantal in Utrecht en Den Dolder verpleegde joodse patiënten.[1560] Engelhard vervolgde zijn brief aldus:

> Ik deed dit in de overtuiging dat de verstrekte gegevens slechts een uitsluitend administratieve en statistische beteekenis hadden.
> Sindsdien is mij echter gebleken, dat een groot aantal Joodsche patiënten uit de psychiatrische inrichting Rosenburg te Loosduinen zijn weggevoerd. Ik moet derhalve ernstig rekening houden met de mogelijkheid, dat de mededeeling, die ik doe, vroeg of laat zal leiden tot een dergelijke maatregel ook voor de Willem Arntsz Stichting. En het is op grond daarvan, dat ik ditmaal meen het antwoord te moeten schuldig blijven, zoodat ik tot mijn leedwezen aan Uw verzoek niet kan voldoen.
> Ik deel U dit mede als geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Stichting. In deze Stichting zijn sedert bijkans 5 eeuwen door de opeenvolgende reeks van regenten en geneesheeren de belangen gediend van weerlooze krankzinnigen en zenuwzieken, ongeacht hun ras of godsdienst. Schroeder van der Kolk, de groote hervormer van het Krankzinnigenwezen in Nederland, was voor 100 jaar regent

[1557] De Jong 1969-1994, VI: 313-314. De Jong verwijst naar: PRA (Politieke Recherche-Afdeling)-Den Haag: p.v. inz. F. Fischer (14 mei 1948) p. 148 (getuige A.C.A. Rademaker).
[1558] Zie Aan de Stegge 2006 a, 9 en 2006b, 173. Tussen 1 en 3 januari 1943 bleken vijf joodse patiënten van Rhijngeest te zijn verdwenen, dat wil zeggen elders te zijn ondergedoken. Anderen volgden later.
[1559] Geciteerd in De Jong 1969-1994, VI: 306.
[1560] In het najaar van 1942 had de Willem Arntsz Stichting een groot aantal aan de razzia's ontkomen joodse patiënten uit Amsterdam en Den Haag opgenomen. Zie Van der Woord 1961, 419.

> van deze Stichting. Naar mijn overtuiging is het mijn zedelijke plicht die voor mij heilige traditie van menschelijk mededoogen en geneeskundig dienen zonder eenig onderscheid, voort te zetten en te handhaven. Ook tegenover U als vertegenwoordiger van de bezettende macht. Mijn eer als geneesheer en mijn geweten als mensch zijn daarmede gemoeid.[1561]

De *Beauftragte* verzocht daarop het recent benoemde NSB-gezinde regentencollege van de Willem Arntsz Stichting om een opgave van de joodse patiënten. De regenten waren hiertoe onmiddellijk bereid. Engelhard vroeg vervolgens, op 19 januari 1943, ontslag en met hem vier afdelingsartsen van de Willem Arntsz Hoeve. Daags tevoren had hij ruim 240 patiënten, onder wie ook joodse patiënten, uit Santpoort moeten opnemen.[1562] Op 2 februari 1943 werden Engelhard en drie van deze afdelingsartsen gearresteerd en voor een maand gevangen gezet.[1563] Op diezelfde dag vond in de Willem Arntsz Hoeve de eerste 'drijfjacht' op joodse patiënten plaats: zeventien patiënten werden gedeporteerd. Twee uit Santpoort meegekomen artsen, Van der Esch (hierboven als criticus van Mussert aangehaald) en A. Haxe, werden, na te zijn mishandeld, eveneens gearresteerd en ongeveer tien dagen vastgehouden omdat ze weigerden inlichtingen over joodse patiënten te verschaffen.[1564]

Inmiddels was de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch in de nacht van 21 op 22 januari 1943 een feit.[1565] Reeds begin november 1942 had inspecteur A.G. Audier van rayon noord-oost – lid van de NSB en het Medisch Front – onder geheimhouding van F. Reuter, hoofd van de *Abteilung Volksgesundheit* van het *Generalkommissariat für Verwaltung und Justiz* te horen gekregen dat Het Apeldoornsche Bosch zou worden ontruimd omdat in Nederlandse gestichten plaatsruimte werd gezocht voor ongeveer 2.000 Duitse patiënten. Audier had de kampcommandant van Westerbork, A.K. Gemmeker, om een bevestiging van dit bericht gevraagd en die ook gekregen. Daarop stelde hij zowel geneesheer-directeur J. Lobstein als secretaris-generaal K.J. Frederiks van het Ministerie van Binnenlandse Zaken op de hoogte van wat Het Apeldoornsche Bosch te wachten stond. Lobstein trok het bericht in twijfel en ondernam geen actie. Ook een tweede waarschuwing van Audier, in december 1942, vermocht Lobstein niet te overtuigen.[1566] De afdelingsarts N. Speijer, die Audiers waarschuwingen ook had gehoord, maar ze wél serieus nam, spoorde, naar hij later meedeelde, vele personeelsleden en 'lichte' patiënten – er bevonden zich ook joodse onderduikers onder hen – aan tot vertrek.[1567] Ook secretaris-generaal Frederiks nam de berichten over de op handen zijnde ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch serieus. Zo kwam, vooruitlopend op de ontruiming, tijdens een vergadering van de secretarissen-generaal op 22 december 1942 uitvoerig ter sprake welke vanuit het westen te evacueren overheidsinstellingen in de lege paviljoens van Het Apeldoornsche Bosch konden worden

---

[1561] Geciteerd in Van der Woord 1961, 420-421.
[1562] Aan de Stegge 2006a, 10; Aan de Stegge 2006b, 173-174.
[1563] Van der Woord 1961, 422-423.
[1564] Van der Woord 1961, 423.
[1565] Zie onder meer Presser 1965, I: 321-333; De Jong 1969-1994, VI: 307-312; Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 104-111.
[1566] De Jong 1969-1994, VI: 307-308.
[1567] Presser 1965, I: 323.

onderbracht. Voor zover bekend stelde Frederiks geen pogingen in het werk om de ontruiming tegen te houden.[1568]

In opdracht van de bevelhebber van de *Sicherheitspolizei* en de *Sichertheitsdienst*, W. Harster, bezocht Hauptsturmführer F.H. aus der Fünten, van de *Zentralstelle für jüdische Auswanderung*, op 11 januari 1943 in burger Het Apeldoornsche Bosch. Tijdens zijn rondleiding verzocht hij om een situatietekening. Lobstein kreeg de indruk dat Aus der Fünten kwam 'om plaats te zoeken voor Joden, die op een of andere manier moesten worden ondergebracht.'[1569] Op 20 januari besefte Lobstein dat hij het gevaar had onderschat. Op die dag werd het nog resterende deel van de joodse bevolking van Apeldoorn – ruim honderd personen – overgebracht naar Het Apeldoornsche Bosch. Op diezelfde dag liet een spoorwegbeambte de leiding van Het Apeldoornsche Bosch waarschuwen, dat een trein op het emplacement Apeldoorn in gereedheid werd gebracht voor de deportatie van de patiënten van Het Apeldoornsche Bosch. Bovendien arriveerde die dag tegen het eind van de middag kampcommandant Gemmeker met ongeveer honderd man Ordedienst van Westerbork – kamppolitie bestaande uit joden. Aus der Fünten verscheen anderhalf uur later, maar hij vertrok weer spoedig in het gezelschap van Gemmeker – naar later pas bekend werd, was de trein niet op tijd gereed en had men zich een dag vergist.[1570] Lobstein waarschuwde het personeel en gaf het de gelegenheid de inrichting te verlaten. Ongeveer de helft van de vier- tot vijfhonderd personeelsleden deed dit. Daarnaast verlieten die dag ruim honderd patiënten de inrichting, nadat in de voorgaande weken bijna tweehonderd patiënten waren vertrokken.[1571]

De ontruiming begon op 21 januari 1943. 's Ochtends had het overgebleven personeel voor iedere patiënt een pakket met eten, drinken en andere benodigdheden klaargemaakt. Aan het eind van de middag arriveerde Aus der Fünten met manschappen van de *Ordnungspolizei* en deelde mee dat hij de leiding van de inrichting overnam. Protesten van de medische staf en de inmiddels gewaarschuwde en ter plekke gearriveerde inspecteur Audier richtten niets uit. Alle patiënten, inclusief 94 pupillen uit Paedagogium Achisomog, de op hetzelfde terrein liggende joodse inrichting voor zwakzinnige en moeilijk opvoedbare kinderen, werden op de zalen bijeengebracht en opgesloten. Het personeel werd in het hoofdgebouw onder bewaking gesteld.[1572] Vervolgens moesten leden van de Ordedienst uit Westerbork de patiënten, ongeacht hun toestand, al dan niet aangekleed en met achterlating van de klaargemaakte pakketten, naar buiten halen. Daarna werden de patiënten onder toezicht van de *Ordnungspolizei* in vrachtwagens geladen, naar het spoorwegemplacement gereden en daar in de gereedstaande goederenwagons overgeladen. Het ging er bijzonder hardhandig aan toe.

Aus der Fünten was, toen het ophalen van de patiënten was begonnen, eerst met W. Zöpf, een naaste medewerker van Harster en belast met de coördinatie van de ontruimingsactie, bij het station gaan dineren. Daarna had Aus der Fünten het inladen in ogenschouw genomen en was hij teruggekeerd naar Het Apeldoornsche Bosch. Om

---

[1568] Presser 1965, I: 323-324; De Jong 1969-1994, VI: 307. Zie over de dilemma's waarvoor Frederiks zich als secretaris-generaal tijdens de Duitse bezetting zag gesteld en de keuzen die hij maakte: Romijn 2006, met name hoofdstukken 15 tot en met 18.
[1569] Geciteerd in Presser 1965, I: 324.
[1570] Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 107.
[1571] De Jong 1969-1994, VI: 308-309.
[1572] Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 108.

ongeveer 4 uur ’s ochtends – het was inmiddels 22 januari 1943 – liet Aus der Fünten het bijeengedreven verplegend personeel weten dat hij vijftig vrijwilligers nodig had om de patiënten te begeleiden. Ze zouden na aflevering van de patiënten in een lazaret in Duitsland naar Nederland terugkeren. Twintig personen gaven zich op; Aus der Fünten wees nog dertig anderen aan. Het werden er in totaal 52: 16 verplegers en 36 verpleegsters, onder wie Claartje van Aals. Zij werden naar de trein gebracht en moesten in een personenwagon, apart van de patiënten, plaatsnemen.[1573] De trein vertrok die ochtend om 7 uur en kwam twee dagen later, op 24 januari, in Auschwitz/Birkenau aan. Van de 869 patiënten waren er inmiddels enkelen overleden. De anderen werden tezamen met het verplegend personeel vergast.

De medische staf en de achtergebleven personeelsleden werden samen met de Apeldoornse joden naar Westerbork gebracht. Lobstein en enkele administratieve medewerkers volgden een week later. Van de ruim honderd personeelsleden die via Westerbork naar kampen zijn overgebracht, keerden er ongeveer veertien terug. Van de gevluchte en ondergedoken personeelsleden overleefden er ongeveer 75 de oorlog.[1574]

Zeer geschokt door wat hij in de nacht van 21 op 22 januari in Het Apeldoornsche Bosch had aanschouwd, ging inspecteur Audier naar secretaris-generaal Frederiks om het gebeurde te melden. Deze verzocht hem schriftelijk rapport uit te brengen. Frederiks liet dit rapport in het Duits vertalen en stuurde het aan F. Wimmer, *Generalkommissar für Verwaltung und Justiz*, met een begeleidende brief waarin hij niet tegen de deportatie als zodanig bezwaar maakte, maar tegen het feit dat deze hem niet formeel was gemeld en tegen de gewelddadige uitvoering ervan. Enkele illegale bladen, waaronder *Vrij Nederland* en *De Waarheid*, maakten melding van de catastrofe van Het Apeldoornsche Bosch.[1575]

Voor zover geneesheren-directeur van psychiatrische inrichtingen zich nadien om advies over hun opstelling inzake de deportatie van joodse patiënten tot het Staatstoezicht wendden, zullen zij vermoedelijk hetzelfde antwoord hebben gekregen als F.J. Stuurman, de toenmalige geneesheer-directeur van Endegeest (Oegstgeest), in februari 1943 ontving van inspecteur Pameijer. Naar Stuurman later verklaarde had Pameijer hem geadviseerd ‘de patiënten zoveel mogelijk weg te werken en overigens te protesteren wanneer door of vanwege de Duitschers de joodse patiënten werden weggehaald, doch het daarbij te laten, omdat van werkelijk verzet geen heil kon worden verwacht’.[1576]

Hoeveel joodse patiënten of onderduikers die zich in psychiatrische inrichtingen verborgen hielden, kans hebben gezien om aan deportatie vanuit de inrichting te ontsnappen, is niet bekend. Voor ernstig gestoorde psychiatrisch patiënten was onderduiken hoe dan ook niet of zeer moeilijk te realiseren. Dat actief, openlijk verzet van de kant van geneesheren-directeur of afdelingsartsen in praktisch opzicht niets anders opleverde dan dat zijzelf werden gearresteerd en opgesloten, terwijl de joodse patiënten toch werden opgespoord en gedeporteerd, bleek maar al te waar. De Willem Arntsz Hoeve had dit, zoals hierboven vermeld, al op 2 februari 1943 ondervonden. Het verzet van geneesheer-directeur Engelhard en enkele van diens collega’s vermocht de

[1573] De Jong 1969-1994, VI: 310.
[1574] Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 109.
[1575] De Jong 1969-1994, VI: 312.
[1576] Geciteerd bij Aan de Stegge 2006a, 11; Aan de Stegge 2006b, 175. Stuurman legde deze verklaring af tijdens zijn zuiveringsprocedure in 1946.

wegvoering van joodse patiënten niet te verhinderen. Eenzelfde patroon van openlijk verzet, gevolgd door arrestatie en opsluiting van de geneesheer-directeur, afdelingsartsen en/of leden van het verplegend personeel, en dan toch de deportatie van joodse patiënten, deed zich nadien ook in diverse andere psychiatrische inrichtingen voor.

In de Nederlands-Hervormde inrichting Licht en Kracht (Assen) bijvoorbeeld weigerden achtereenvolgens geneesheer-directeur A.J. van de Graaff, zijn plaatsvervanger C.W. van Rooyen en administrateur A. Strop mee te delen wie onder de patiënten joden waren. Ze werden alle drie gearresteerd. Nadat degenen die de actie uitvoerden - leden van de WA der NSB – zich toegang hadden weten te verschaffen tot de kluis met persoonsbewijzen, was het lot van de joodse patiënten bezegeld. Op 9 en 12 maart 1943 werden in totaal 23 joodse patiënten met behulp van de Ordedienst van Westerbork weggevoerd.[1577] Een maand later voltrok zich een soortgelijk drama in Brinkgreven (Deventer). Geneesheer-directeur P.J. Piebenga, sedert de oprichting districtsvertrouwensman van Medisch Contact in de regio Deventer, weigerde mee te werken en kwam in de Koepelgevangenis van Arnhem terecht. Ook de plaatsvervangend geneesheer-directeur, J.G. Grüschke, weigerde elke medewerking bij het zoeken naar of aanwijzen van joodse patiënten. De Duitsers waren, zo bleek, op zoek naar twaalf joodse patiënten. Nadat zij met behulp van Deventer politiemensen acht van hen hadden gevonden, slaagden zij erin met hulp van een ontoerekenbare joodse patiënt die daarvoor met chocolade werd beloond, de laatste vier op te sporen. Daarnaast ontdekten zij nog een patiënt met een vervalst persoonsbewijs. Zo werden op 13 april 1943 in totaal dertien joodse patiënten vanuit Brinkgreven weggevoerd.[1578]

Ook in Het Groot Graffel (Warnsveld) weigerde de geneesheer-directeur, P. van Bork, de namen van zijn joodse patiënten aan de Duitsers prijs te geven. Van Bork werd gearresteerd en in de Koepel van Arnhem opgesloten. Toen een officier van de *Sicherheitsdienst* hem vervolgens verzekerde dat de joodse patiënten 'alleen maar' zouden worden overgebracht naar het Noord-Israëlitisch Noodziekenhuis in Zutphen, was Van Bork evenwel alsnog bereid hun namen te verstrekken.[1579] Zij werden op 8 april 1943 gedeporteerd – negen 'eigen' patiënten van Het Groot Graffel en twee patiënten van de aldaar ondergebrachte afdeling van Duin en Bosch.[1580]

Bij latere razzia's resulteerde openlijk verzet eveneens in arrestatie van de betrokkenen en niet in afstel van de deportatie van joodse patiënten. Zo kreeg de Willem Arntsz Hoeve op 27 november en 13 december 1943 nogmaals te maken met razzia's. Tijdens de razzia in november weigerden mejuffrouw W.H. Slaakweg, hoofd van de medisch-administratieve afdeling te Den Dolder, hoofdverpleegster I.S. Pröhl en afdelingsgeneesheer J.C. Boswijk hun medewerking aan het afgeven van persoonsbewijzen, waarop hun arrestatie volgde. Bij de volgende razzia, in december, volgde de gevangenneming van verpleegster J. Rozeboom nadat zij zich actief had verzet tegen de deportatie van joodse patiënten. Het verzet kon niet beletten dat bij deze razzia's in totaal negentien joodse patiënten werden weggevoerd.[1581] Een onbekend aantal andere

[1577] De Jong 1969-1994, VI: 314. Zie voor de data en het aantal slachtoffers het hieronder opgenomen chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten en de aldaar vermelde bronnen.
[1578] Hogenstijn 1987, 106; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1579] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1580] Zie hieronder het chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten.
[1581] Van der Woord 1961, 423-424.

joodse patiënten slaagde erin, met hulp van het personeel, de bossen van de Willem Arntsz Hoeve in te vluchten.

Meer voorbeelden van openlijk verzet, arrestatie en deportatie volgden in maart 1944 in het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik met twee razzia's resulterend in de deportatie van zestien joodse patiënten, het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel, waar 24 joodse patiënten werden weggevoerd, en Voorburg (Vught) met drie invallen binnen één week tijd en de deportatie van elf joodse patiënten.[1582] In Medemblik bleef geneesheer-directeur R. Zijlstra, die een belangrijke functie vervulde in de plaatselijke afdeling van de Landelijke Organisatie voor hulp aan onderduikers, een arrestatie bespaard. Daarentegen moest geneesheer Haxe, die van de Willem Arntsz Hoeve naar Medemblik was overgeplaatst, zijn verzet voor de tweede maal met een arrestatie bekopen.[1583] In Woensel resulteerde de weigering van geneesheer-directeur A.M. Mooy om vier, door de *Sicherheitsdienst* gezochte joodse patiënten uit Amsterdam aan te wijzen, in diens arrestatie en een half jaar gevangenschap in Kamp Vught. De volgende dag kwamen de Duitsers terug. Ditmaal vonden zij vier geneesheren en een administratief medewerker tegenover zich. Desondanks wisten de Duitsers zich toegang te verschaffen tot de kaartenbakken en, behalve de vier gezochte Amsterdamse patiënten, nog twintig andere joodse patiënten naar Westerbork te deporteren.[1584] In Voorburg, ten slotte, werden tijdens de eerste van de drie razzia's een arts en een hoofdverpleegster uit Santpoort wegens hun verzet gearresteerd, terwijl ook geneesheer-directeur G.J.B.A. Janssens korte tijd werd vastgehouden. Hij noemde nog diezelfde dag de naam van ten minste één joodse patiënt toen de Duitsers ermee dreigden dat ze anders het mannelijk verplegend personeel zouden oppakken. Bij de tweede razzia zetten de Duitsers wederom een verpleegster uit Santpoort vast omdat zij weigerde mee te werken.[1585] Alle drie razzia's in Voorburg resulteerden in de wegvoering van enkele joodse patiënten.

Zoals de geneesheer-directeur van Voorburg overstag ging na het dreigement van de Duitsers dat zij een deel van het verplegend personeel zouden arresteren indien hij zou volharden in zijn weigering om joodse patiënten aan te wijzen, zo was het ook min of meer in enkele andere inrichtingen toegegaan. Bijvoorbeeld in Oud-Rosenburg (Loosduinen), waar, na de eerste deportatie van 100 joodse patiënten op 1 januari 1943, vervolgens op 4 en 18 februari 1943 in totaal nog eens 137 joodse patiënten werden weggehaald, inclusief 21 vanuit de psychiatrische inrichting Bloemendaal (Loosduinen) naar Oud-Rosenburg overgebrachte joodse patiënten. Geneesheer-directeur Rademaker verleende, met steun van twee van de vier andere in Oud-Rosenburg werkzame geneesheren, medewerking aan de deportatie nadat de *Sicherheitsdienst* hem te verstaan had gegeven dat verzet zou leiden 'tot een herhaling van Apeldoorn', terwijl bij medewerking zijnerzijds 'zeker de zwaarder zieken niet meegenomen zouden worden, terwijl de ernstige krankzinnigen, die reeds langere tijd voor 1940 hier verpleegd worden, niet gecontroleerd zouden worden'.[1586]

[1582] Zie hieronder het chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten. En tevens: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1583] Blok 1997b, 162.
[1584] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Vergelijk Van der Esch 1970, 46.
[1585] Binneveld en Wolf 1985, 142; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1586] Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook onderstaand chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten voor bronvermeldingen.

Uit onderzoek van Aan de Stegge is gebleken dat ook waarnemend geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest (Oegstgeest), Borgerhoff Mulder, afzag van verzet tijdens de razzia's in Rhijngeest op 13 en 14 april 1943 en Endegeest op 14 mei 1943, waarbij in totaal veertien patiënten werden weggevoerd. Naar hij later tijdens zijn zuiveringsprocedure verklaarde, had hij dit besloten om te voorkomen dat, behalve de met naam en toenaam al bij de Duitsers bekende joodse patiënten, ook de overige in Rhijngeest en Endegeest ondergedoken joden gevonden zouden worden.[1587] Tevens wilde hij voorkomen dat verzet van zijn kant zou leiden tot arrestatie van leden van het personeel. Aan deze beslissing was het volgende voorafgegaan. Op 25 maart 1943 had geneesheer-directeur Stuurman zijn functie had neergelegd, formeel om reden van 'ongesteldheid', maar in feite omdat hij zich niet bij Medisch Contact – de verzetsorganisatie van artsen – wilde aansluiten, terwijl collega's van hem, Borgerhoff Mulder voorop, dat wél wilden doen. Medisch Contact had de Nederlandse artsen opgeroepen afstand te doen van de status van arts om daarmee te voorkomen dat ze tot de gelijkgeschakelde Artsenkamer moesten toetreden. Aan deze oproep gaf, naar vermeld, een grote meerderheid van de Nederlandse artsen gehoor. Stuurmans besluit tot aftreden hield in dat Borgerhoff Mulder als waarnemend geneesheer-directeur diens taken moest overnemen. Na zich bij Medisch Contact te hebben aangemeld, liet Borgerhoff Mulder op 27 maart 1943 per brief aan de NSB-burgemeester van Leiden, R.N. de Ruyter van Steveninck, weten dat hij 'afstand deed van zijn bevoegdheid tot uitoefening van het beroep als arts'.[1588] Borgerhoff Mulder kreeg daarop bericht dat hij met ingang van 30 maart voor een maand, behoudens verlenging, zonder behoud van salaris werd geschorst. Zover kwam het evenwel niet omdat precies op 30 maart 1943 de Nederlandse burgemeesters op last van het Departement van Sociale Zaken de in hun gemeente gevestigde artsen weer in hun functie moesten herstellen.

Begin april 1943, dus pal na het vertrek van Stuurman, ontdekte Borgerhoff Mulder dat er namen van joodse patiënten aan de NSB-burgemeester van Oegstgeest, O.L.J. Sikkens, waren doorgegeven. Inderdaad had Stuurman op 7 december 1942 voldaan aan een dwangbevel van burgemeester Sikkens door hem de personalia van vijftien joodse patiënten van Rhijngeest en elf joodse patiënten van Endegeest te doen toekomen. Van de vijftien joodse patiënten van Rhijngeest op Stuurmans lijst waren er inmiddels elf vertrokken. Tijdens de eerste inval in Rhijngeest, op 13 april, was Borgerhoff Mulder afwezig. De arts J.H. Plokker en eerste verpleegster W. Wildschut boden verzet en werden naderhand gearresteerd.[1589] Twee patiënten werden weggevoerd, van wie één een dag later vrijkwam omdat hij op de lijst van Calmeyer stond.[1590] Op 14 april volgde de tweede inval in Rhijngeest. Borgerhoff Mulder was toen wél aanwezig. Hij moest een 72-jarige, chronisch psychotische joodse patiënte meegeven, die op dat moment met haar particulier verpleegster in het park van Rhijngeest aan het wandelen was. Hij gaf een verpleegster opdracht het tweetal te zoeken. Zij weigerde, maar Borgerhoff Mulder persisteerde. Behalve de bejaarde patiënte werd nog een andere

---

[1587] Zie voor een uitvoerig verslag: Aan de Stegge 2006a; Aan de Stegge 2006b.
[1588] Geciteerd in Aan de Stegge 2006a, 14; Aan de Stegge 2006b, 177.
[1589] Zij werden op 27 april overgebracht naar de *Abteilung 4BIV* van de *Sicherheitspolizei* te Den Haag. Zie Aan de Stegge 2006a, 15 en 2006b, 179.
[1590] H.G. Calmeyer was door de rijkscommissaris aangewezen om in twijfelgevallen vast te stellen of iemand al dan niet als joods moest worden aangemerkt. Zie Presser 1965, I: 50-72

joodse patiënt weggevoerd, die evenwel ook op de lijst van Calmeyer voorkwam en vrijwel direct weer werd vrijgelaten.

Een maand later was Endegeest aan de beurt. Daar verbleven nog acht van de elf op Stuurmans lijst voorkomende patiënten. Er werden in totaal tien joodse patiënten uit Endegeest gedeporteerd - hoe de twee 'nieuwe' joodse patiënten aan de lijst waren toegevoegd is niet bekend. Borgerhoff Mulder liet leden van het verplegend personeel de tien patiënten aanwijzen, naar hij later verklaarde om iedere verdenking van tegenwerking te vermijden en daarmee de arrestatie van verplegend personeel te voorkomen. Ook zorgde hij zelf voor transport van de patiënten naar Station Holland Spoor te Den Haag - dit om 'Apeldoornse' toestanden te vermijden, aldus de verklaring van Borgerhoff Mulder. De actieve medewerking van Borgerhoff Mulder, die zelf thuis joodse patiënten in gezinsverpleging had en joodse onderduikers aan een goed heenkomen hielp, stuitte op onbegrip van de kant van, onder anderen, collega's en leden van het verplegend personeel. Hij stond evenwel met de rug tegen de muur: Stuurman had immers al de namen van joodse patiënten doorgegeven en meewerken aan de deportatie van deze patiënten - voor zover nog aanwezig - voorkwam dat Rhijngeest en Endegeest compleet op joodse patiënten en onderduikers werden uitgekamd. Zo hoopte Borgerhoff Mulder nóg erger te voorkomen. Inderdaad zouden Endegeest en Rhijngeest nadien van razzia's gevrijwaard blijven.

In de Rotterdamse psychiatrische inrichting Maasoord (Poortugaal) liep het weer anders. In deze inrichting verbleef een veertigtal joden. Er waren bovendien ten minste 44 NSBers of daarmee sympathiserende personeelsleden. Op 30 maart 1944 kwamen 's ochtends vroeg zeventig man Duitse militairen en dertig man rechercheurs met acht overvalwagens om de joden en ook onderduikers weg te halen. De joden waren, naar geneesheer-directeur Van der Spek naderhand optekende, 'door verraad bekend en reeds in het voorportaal verzameld'. Toch vertrokken de militairen en rechercheurs later op de ochtend 'zonder één Jood of onderduiker mee te nemen'. Daaraan was een 'lang gesprek' van Van der Spek 'met de leiders' voorafgegaan. Het was hem echter nimmer duidelijk geworden waarom de joden niet waren meegenomen. Zij zouden ook nadien ongemoeid blijven.[1591] Hoe deze opmerkelijke afloop te verklaren is, hebben wij evenmin kunnen achterhalen. Even opmerkelijk is dat de TBR-instellingen weinig last ondervonden van de Duitse bezetter, de oorlog zonder verlies aan mensenlevens doorkwamen en dat een tiental joodse TBR-gestelden in Avereest aan deportatie ontkwam. Enkele TBR-gestelden probeerden van de oorlogssituatie gebruik te maken om in vrijheid te komen. Ze richtten zich tot de bezettingsautoriteiten met het verzoek om opheffing van de TBR om in ruil daarvoor toe te treden tot de Waffen-SS - een verzoek waar de Duitsers evenwel niet op ingingen.[1592]

Voor zover thans bekend vonden de deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen voor het grootste deel plaats in de maanden januari tot en met mei 1943. In deze maanden werden meer dan 1.200 joodse patiënten weggevoerd, onder wie ongeveer 870 uit Het Apeldoornsche Bosch en ruim 240 uit de regio Den Haag (Oud-Rosenburg en Ockenburg/Bloemendaal te Loosduinen). Daarna volgde tussen november 1943 en augustus 1944 de deportatie van nog eens ten minste 80 joodse patiënten, met een piek in maart 1944, toen dit lot, voor zover bekend, zo'n 50 van deze patiënten trof.

[1591] Van der Spek 1949, 12; Van der Spek s.a. [ca. 1970], 181. Vergelijk Bakker 1999a, 30.
[1592] Weijers en Koenraadt 2007, 34.

Al met al werden, naar in onderstaand chronologisch overzicht nader staat aangegeven en dankzij recent onderzoek van Aan de Stegge is vastgesteld, tegen de 1.300 joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen gedeporteerd, van wie zo'n 870 uit Het Apeldoornsche Bosch en ten minste 420 uit andere inrichtingen. De meeste weggevoerde joodse patiënten werden binnen twee weken na hun deportatie in Auschwitz of Sobibor vermoord. Het in eerdere publicaties door G. Blok - overigens met het nodige voorbehoud - opgevoerde aantal van ongeveer 175 uit andere psychiatrische inrichtingen weggevoerde joodse patiënten moet derhalve aanzienlijk naar boven toe worden bijgesteld.[1593] Het is evenwel denkbaar dat, indien hiernaar systematisch onderzoek zou worden verricht, ook het aantal van (ten minste) 420 gedeporteerde joodse patiënten uit andere psychiatrische inrichtingen dan Het Apeldoornsche Bosch te laag zal blijken te zijn.

Hoe dit ook zij, het lijdt geen twijfel dat tal van geneesheren-directeur en andere artsen, alsmede administratief en verplegend personeel openlijk en actief verzet boden tegen de deportatie van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen. Niet het joods-zijn van verpleegden, maar hun patiënt-zijn stond voorop. Ook de NSBer inspecteur Audier was doordrongen van dit principe. Dat neemt niet weg dat de psychiatrische inrichtingen, voor zover ze op bestuurlijk niveau aan nazificatie blootstonden en er zich onder het personeel NSB-leden of -sympathisanten bevonden, kwetsbaarder waren voor collaboratie en regelrecht verraad waar het ging om de opsporing en deportatie van joodse patiënten en onderduikers. Dat de joodse patiënten van Maasoord desondanks op het nippertje gevrijwaard bleven van deportatie, mag een wonder heten.

[1593] Blok 1997b, 161-162; Blok 1998a, 134.

Chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen, 1943-1944[1594]

1-1-1943: 100 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen)
21/22-1-1943: 869 patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch (plus 52 verplegenden)
* 2-2-1943: 17 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)
* 4-2-1943: 32 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen)
* 5-2-1943: 7 patiënten uit Ockenburg/Bloemendaal (Loosduinen)
* 18-2-1943: 105 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen), van wie ongeveer 21 uit Bloemendaal (Loosduinen)
* 4 en 5-3-1943: 5 of 6 patiënten uit Sint Joris Gasthuis (Delft)[1595]
* 9 en 12-3-1943: 23 patiënten uit Licht en Kracht (Assen)
maart 1943: 4 patiënten, van wie 3 van Vogelenzang en 1 vanuit de Borniakliniek te Huizum, vanuit het Gesticht te Franeker[1596]
* 6-4-1943: 6 patiënten uit het Oude en Nieuwe Gasthuis (Zutphen)[1597]
8-4-1943: 9 patiënten van Het Groot Graffel (Warnsveld)[1598]
8-4-1943: 2 patiënten van Duin en Bosch uit Het Groot Graffel (Warnsveld)[1599]
* 10-4-1943: 2 patiënten uit Veldwijk (Ermelo)
* 13-4-1943: 13 patiënten uit Brinkgreven (Deventer)[1600]
13-4-1943: 2 patiënten uit Rhijngeest/Endegeest (Oegstgeest), van wie één een dag later werd vrijgelaten[1601]
14-4-1943: 2 patiënten uit Rhijngeest/Endegeest (Oegstgeest), van wie één nog dezelfde middag werd teruggebracht[1602]
15 en 25-4-1943: 2 patiënten, van wie één van Vogelenzang, uit het gesticht te Franeker[1603]

[1594] Het overzicht is mogelijk niet compleet. Van niet alle psychiatrische inrichtingen is een opgave van het aantal gedeporteerde joodse patiënten beschikbaar. Data en aantallen zijn, tenzij anders vermeld, ontleend aan: Nationaal Archief, 2.14.50, inv. nr. 1103: Stukken betreffende deportaties. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge. Zie Aan de Stegge 2006a; Aan de Stegge 2006b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Aan de Stegge baseert zich onder meer op een door inspecteur Pameijer aan Borgerhoff Mulder op 27-8-1945 verstrekt overzicht van de data waarop vijftien razzia's in Nederlandse psychiatrische inrichtingen hebben plaatsgevonden 'met het oogmerk joodsche patiënten weg te voeren'. Pameijer verschafte echter geen cijfers van het aantal weggevoerde patiënten, dus zijn overzicht diende slechts als vertrekpunt. De data werden getoetst in de verslagen van razzia's zoals deze door enkele geneesheren-directeur werden geschreven en toegezonden aan de Inspectie. Ook werden razzia's uitgezocht aan de hand van de verslagen in na de oorlog verschenen gedenkboeken. De met een asterix gemerkte razzia's stonden (wat betreft de razzia's met meerdere data deels) vermeld op de lijst van Pameijer.
[1595] Nationaal Archief, 2.14.50, inv.nr. 1103: Stukken betreffende deportaties, verslag van geneesheer-directeur W. Beyerman; respectievelijk Slangen 1994, 136.
[1596] Uit bericht van Gerard van der Heide, archivaris van de Gemeente Franekeradeel, aan C. aan de Stegge, d.d. 8-5-2006.
[1597] Brief met Bijlage 'Weggevoerde Joodse patiënten uit de psychiatrische inrichtingen van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen' van Henk Mulder (secretaris Museumcommissie Het Groot Graffel Warnsveld) aan C. aan de Stegge, d.d. 22-8-2005.
[1598] Zie noot 4.
[1599] Ten Raa s.a., 14.
[1600] Hogenstein 1987, 106.
[1601] Aan de Stegge 2006a, 15-16.
[1602] Aan de Stegge 2006a, 16-17.

* 14-5-1943: 10 patiënten uit Endegeest (Oegstgeest)
27-11-1943: 15 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)[1604]
13-12-1943: 4 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)[1605]
* 2-3-1944: 7 patiënten uit het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik
* 14-3-1944: 24 patiënten uit het R.K.G. te Woensel
* 16, 18 en 21-3-1944: 11 patiënten uit Voorburg en/of de geëvacueerde afdeling van Santpoort aldaar (Vught)
* 22-3-1944: 9 patiënten van Duin en Bosch uit het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik
* 30-3-1944: 0 patiënten uit Maasoord (Poortugaal)[1606]
22-8-1944: 1 patiënt uit St. Servatius (Venray)
1943 of 1944: 9 patiënten uit Beileroord (Beilen)[1607]

Exclusief Het Apeldoornsche Bosch zijn ten minste 420 joodse patiënten gedeporteerd. Inclusief Het Apeldoornsche Bosch zijn ten minste 1.291 joodse patiënten gedeporteerd.[1608] Twee vanuit Rhijngeest weggevoerde joodse patiënten werden binnen 24 uur ín Nederland weer vrijgelaten vanwege het feit dat hun naam voorkwam op de lijst van Calmeyer.[1609]

[1603] Zie noot 3. Gerard van der Heide schreef Aan de Stegge overigens op 6-3-2006 dat hij in 1970 van dokter Hommes uit Vogelenzang gehoord had dat ongeveer 40 joodse patiënten van Vogelenzang waren gedeporteerd.
[1604] Bottinga 1983. Vergelijk Aan de Stegge 2006a, 10 en 37: noot 53. Aan de Stegge oppert, op grond van Van der Woord 1961, de mogelijkheid dat er op 27-11-1943 geen joodse patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve zijn weggevoerd. Zie Van der Woord 1961, 423-424.
[1605] Bottinga 1983. Vergelijk Aan de Stegge 2006a, 10 en 37: noot 53. Aan de Stegge laat, op grond van Van der Woord 1961, de mogelijkheid open dat er op 13-12-1943 36 joodse patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve zijn weggevoerd. Zie Van der Woord 1961, 424. De tekst van Van der Woord is evenwel onduidelijk. Hij heeft het over 'in het totaal 36' gedeporteerde joodse patiënten. Wij achten het aannemelijk dat het hier gaat om het totaal van de uit de Willem Arntsz Hoeve weggevoerde joodse patiënten, dus inclusief de op 2-2-1943 en 27-11-1943 weggevoerden. Zo zouden zowel Van der Woord als Bottinga op eenzelfde totaal uitkomen.
[1606] Van der Spek 1949, 12.
[1607] Van der Esch 1971-1972, 36.
[1608] Vergelijk Blok 1997b, 161-162. Zij vermeldt abusievelijk dat er 1.200 – in plaats van 869 - joodse patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch zijn weggevoerd. In Blok 1998a, 134 stelde zij dit aantal naar beneden bij en kwam toen uit op 'zo'n 800 mensen', inclusief verplegenden. Daarnaast noemt zij in beide publicaties, op grond van na de oorlog bij de Inspectie binnengekomen opgaven van inrichtingsdirecteuren, een aantal van in totaal ongeveer 175 uit andere psychiatrische inrichtingen gedeporteerde joodse patiënten. Dankzij Aan de Stegge's onderzoek is gebleken dat dit aantal van 175 naar boven dient te worden bijgesteld. Uit vrijwel alle niet-geëvacueerde psychiatrische inrichtingen werden kleinere of grotere groepen joodse patiënten gedeporteerd. Belangrijke uitzonderingen waren, naast het gemeentelijke Maasoord te Poortugaal, vooral particuliere stichtingen: Huize Padua te Boekel, Zon en Schild te Amersfoort, het niet-geëvacueerde deel van Vrederust te Bergen op Zoom. Van deze particuliere inrichtingen is in het Nationaal Archief althans geen verslag over deportaties aanwezig. Mondelinge, aan Aan de Stegge verstrekte informatie leert dat er zich in Huize Padua geen joden bevonden en dat dit ook voor St. Joseph te Apeldoorn gold.
[1609] Zie Aan de Stegge 2006a, 16-17; Aan de Stegge 2006b, 179.

3.2.5. *Ontberingen en oorlogsgeweld in het laatste oorlogsjaar*

Naarmate de bezetting langer duurde, groeiden de tekorten aan voedsel en andere elementaire voorzieningen zoals brandstof, zeep en textiel. Tal van psychiatrische inrichtingen kampten bovendien al geruime tijd met een aanzienlijke overbevolking ten gevolge van de evacuatie van inrichtingen uit de kuststreek, de vordering van enkele andere inrichtingen dan wel de vordering van een deel van de eigen inrichting door de bezettingsautoriteiten.[1610] Ziekten en sterfte namen hand over hand toe, met name in het laatste oorlogsjaar.

Voor de psychiatrische inrichtingen in het zuiden – Noord-Brabant en Limburg – kwam de bevrijding in het najaar van 1944 zo'n half jaar eerder dan voor de inrichtingen ten noorden van de grote rivieren. Sommige inrichtingen kregen het tijdens de opmars van de geallieerden zwaar te verduren. De psychiatrische inrichting Wolfheze werd met 81 dodelijke slachtoffers, tal van gewonden en de verwoesting van vele gebouwen, het eerst en het zwaarst getroffen.[1611] Dit gebeurde op 17 september 1944 en de dagen erna tijdens de slag om Arnhem. Vanaf eind september 1944 kwam ook Venray in de frontlinie te liggen. Bij bombardementen op St. Anna en St. Servatius liep St. Anna veruit de grootste schade op: er vielen 22 doden te betreuren en veel gebouwen waren onherstelbaar beschadigd.[1612] Patiënten en personeel van Wolfheze en de beide Venrayse inrichtingen werden vervolgens elders ondergebracht. Ook in Het Groot Graffel (Warnsveld) eisten oorlogshandelingen in april 1945 met dertien dodelijk getroffen patiënten een forse tol.[1613]

Al met al hadden de psychiatrische inrichtingen in het zuiden, met uitzondering van St. Anna en St. Servatius tijdens de laatste fase van de oorlog, minder onder de bezetting te lijden dan de meeste inrichtingen ten noorden van de grote rivieren. Hoewel de beide Venrayse inrichtingen en ook het merendeel van de in Brabant gelegen inrichtingen – het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel, Voorburg (Vught), Coudewater (Rosmalen), Huize Padua (Boekel) – grote aantallen evacués uit andere inrichtingen moesten opvangen, konden zij, mede dankzij de opbrengsten van de eigen gronden, de voedselvoorziening op een voldoende, zij het zeer sober niveau handhaven.[1614] Voor zover bekend deden zich alleen in Voorburg, waar dan ook veruit het grootste aantal patiënten verbleef, tijdelijk problemen voor met de voedselvoorziening voor de meer dan 1.000 evacués. Niet alleen was de capaciteit van de keuken aanvankelijk niet berekend op een verdubbeling van het aantal te voeden monden, maar ook 'profiteerden de evacués niet van de extraatjes, die het Voorburgs landbouwbedrijf voor de eigen mensen produceerde.' Toen er in de loop van 1943 onder evacués hongeroedeem optrad en de tuberculose zich snel onder hen verbreidde, sloegen hun afdelingsartsen alarm bij de regenten van de Godshuizen. Dit had tot resultaat dat voortaan ook de evacués 'konden meedelen in de verstrekkingen van aardappelen, groente, eieren en melk'.[1615]

[1610] Zie eerdere delen van dit hoofdstuk.
[1611] Brinkman 1984, 312.
[1612] Kroft 2005, 103-122; Marlet 2005, 327-337: 331.
[1613] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1614] Zie over St. Servatius: Kroft 2005, 115. Zie over het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel: Van der Esch 1970, 47-48.
[1615] Binneveld en Wolf 1985, 139. Vergelijk Bakker 2002c, 129-131.

Niettegenstaande het uitblijven van ernstig voedselgebrek in deze Limburgse en Brabantse inrichtingen, liet de lichamelijke gezondheid van de patiënten toch veel te wensen over. De overbevolking vormde, in combinatie met tekorten aan zeep, textiel en brandstof en een daaruit voortvloeiend onvermogen om voldoende hygiëne te betrachten, een fors gezondheidsrisico. Vooral de toename van tuberculose, maar daarnaast ook van tyfus, paratyfus en dysenterie viel onder deze omstandigheden moeilijk een halt toe te roepen. De sterfte ging dan ook in 1943 en vooral 1944 flink omhoog. Om enkele voorbeelden te noemen: in 1943 stierven 89 patiënten van St. Servatius, in 1944 112 en in 1945 35. De piek van 1944 werd mede veroorzaakt doordat eind oktober 20 patiënten tijdens of kort na hun evacuatie naar een kazerne in Weert 'onder erbarmelijke omstandigheden, met veel kou en honger' bezweken. De veel lagere sterfte in 1945 – de meeste patiënten waren inmiddels vanuit Weert naar Belgische inrichtingen overgebracht en zouden in de loop van 1945 naar Venray terugkeren - zal waarschijnlijk mede in de hand zijn gewerkt doordat de mensen met de minste weerstand al in het voorgaande jaar waren overleden.[1616] In Voorburg liep het aantal sterfgevallen onder de eigen patiënten op van 115 in 1943 (12 procent van de inrichtingsbevolking per 1 januari) naar 167 in 1944 (ruim 17 procent). Dit hoge niveau bleef in 1945 met 161 sterfgevallen nagenoeg gehandhaafd (ruim 16 procent). Pas in 1946 daalde de sterfte naar een substantieel lager niveau van 105 (bijna 10 procent); dit percentage was vrijwel gelijk aan dat van 1940.[1617]

Hoe was het tijdens het laatste oorlogsjaar gesteld met de psychiatrische inrichtingen boven de grote rivieren? Hoe kwamen zij de hongerwinter van 1944-1945 door en wat moesten zij nog doorstaan op het gebied van vorderingen, evacuaties en oorlogshandelingen? West-Nederland, en dan met name de verstedelijkte gebieden in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht, had meer en langer onder de hongerwinter te lijden dan het meer landelijke oosten en noord-oosten. Vanaf september 1944 raakte West-Nederland geïsoleerd van zijn agrarische achterland. De nieuwe oogst kon niet worden aangevoerd en daardoor ontstond in het westen een hongersnood die tot aan de bevrijding in mei 1945 voortduurde. Het zuiden was al bevrijd en de aanvoer vanuit het noordoosten naar het verstedelijkte westen kwam vrijwel tot stilstand als gevolg van de, ter ondersteuning van de geallieerde aanval, op 17 september 1944 door de Nederlandse regering in Londen uitgeroepen spoorwegstaking en het Duitse verbod op voedsel- en brandstoftransporten in reactie daarop. Spoedig na opheffing van dit verbod viel de vorst in, terwijl op dat moment de voorraden van het vorige jaar waren opgebruikt. Pas vanaf half februari 1945 was, na het invallen van de dooi, weer transport over water mogelijk. Begin februari had de Londense regering de mogelijkheid geopend de spoorwegstaking te beëindigen indien de vorst zou aanhouden. Nu de dooi was ingevallen duurde de staking voort.[1618]

Voor zover thans bekend - de stand van het onderzoek is evenwel nog ontoereikend -kwam de hongerwinter inderdaad hard aan in de vier niet-geëvacueerde psychiatrische inrichtingen in Noord- en Zuid-Holland – het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, Endegeest (Oegstgeest), St. Joris (Delft), Maasoord (Poortugaal) - en in de

---

[1616] Kroft 2005, 120.

[1617] Binneveld en Wolf 1985, 141. In percentages van de eigen inrichtingsbevolking van Voorburg per 1 januari uitgedrukt bedroeg de sterfte in 1940 9.6, in 1941 12.6, in 1942 13.9, in 1943 12.0, in 1944 17.5, in 1945 16.1 en in 1946 9.8.

[1618] Zie Trienekens 1985, 373-384 en 1995, 73-79; Klemann 2002, 463-468.

inrichtingen in de provincie Utrecht – het Willem Arntsz Huis (Utrecht), de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder) en Zon en Schild (Amersfoort). Ten gevolge van voedsel- en brandstofschaarste, het tekort aan gas en elektriciteit en (soms ook) water, en het gebrek aan zeep, textiel en medicamenten, staken veel ziekten de kop op en nam de sterfte sterk toe. In Endegeest overleden in de eerste vijf maanden van 1945 119 patiënten aan de ontberingen.[1619] Dat was, vergeleken met de sterfte in de voorgaande jaren – gemiddeld 25 in de jaren dertig, 57 in 1942, 78 in 1944 - een absoluut dieptepunt.[1620] Ook in Maasoord was het sterftecijfer begin 1945 'ongewoon hoog […] In 3 maanden 180'.[1621] Na de oorlog schreef geneesheer-directeur Van der Spek:

> We hadden heel veel hongeroedeem, veel darmaandoeningen. Het aantal sterfgevallen onder de ouden van dagen nam schrikbarend toe. De boxen in ons moratorium konden hen op een ogenblik niet meer bevatten. Ze lagen in ons lijkenhuisje opgestapeld.[1622]

In St. Joris overleden in de eerste vijf maanden van 1945 110 patiënten. Volgens berekeningen van geneesheer-directeur W. Beijerman kregen de patiënten in de slechtste maanden toch nog 1.500 à 1.600 calorieën per dag binnen. Voor inwonende verplegenden bedroeg het dagrantsoen ongeveer 2.200 calorieën.[1623] Ook in het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, dat bovendien evacués van Duin en Bosch huisvestte, nam de sterfte onder de patiënten, met name aan tuberculose, in de winter van 1944-1945 sterk toe.[1624]

De beide vestigingen van de Willem Arntsz Stichting hadden niet alleen te maken met een NSB-bestuur en – na het ontslag van Engelhard - een geneesheer-directeur, C. Keulemans, die lid was van de NSB, maar zij verkeerden bovendien als gastinrichtingen voor grote aantallen evacués uit Santpoort en Duin en Bosch in een benarde positie. Ongeveer een derde van het oorspronkelijke aantal evacués stierf tijdens de hongerwinter, voornamelijk aan ondervoeding en tuberculose.[1625] Zon en Schild was weliswaar niet aangewezen als gastinrichting voor evacués uit de kustprovincies, maar kampte eveneens met een zeer grote overbevolking. Behalve dat sanatorium Hebron en het klassepaviljoen begin 1943 door de Rijksgebouwendienst waren gevorderd, had Zon en Schild na de evacuatie van de psychiatrische inrichtingen in de kuststreek een grote toevloed van opnamen vanuit het westen te verwerken gekregen; daar kwamen begin oktober 1944 nog eens enkele honderden patiënten plus verplegend personeel uit Wolfheze bij.[1626] Een officiële rapportage van geallieerde zijde over de voedingstoestand in West-Nederland stelde begin mei 1945 vast dat de situatie in Zon en Schild alarmerend was – 'the most serious picture of malnutrition seen in Holland'. Met 1.600 patiënten, dubbel zoveel als waarop de inrichting was berekend, en zonder de mogelijkheid om de officiële, bovendien niet door iedereen ontvangen voedselrantsoenen langs andere weg aan te vullen, waren er sinds januari 1945 gemiddeld niet meer dan 600 calorieën per patiënt per

---

[1619] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1620] Blok 1998a, 136.
[1621] Bakker 1999a, 29.
[1622] Van der Spek 1949, 14. Zie ook Bakker 1999a, 29-30.
[1623] Slangen 1994, 137-138.
[1624] Cahn 1970, 79; Van Kleffens 1959, 50.
[1625] Blok 1997b, 163-164.
[1626] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

dag beschikbaar. Het rantsoen bestond uit ’s ochtends en ’s avonds één boterham, en een kom soep waarin voor de hele inrichting 400 kilo aardappels waren verwerkt. Tussen januari en mei 1945 overleden 250 patiënten.[1627]

Voor de psychiatrische inrichtingen in het oosten en noorden van Nederland waren de ontberingen tijdens de laatste oorlogswinter minder groot, althans waar het de voedselvoorziening betrof. Overigens vertoonden deze inrichtingen niet alleen qua situering, maar ook qua omvang en mate van overbevolking grote onderlinge verschillen. Van de Gelderse inrichtingen was Wolfheze na de bombardementen van september 1944 geëvacueerd: behalve naar Zon en Schild ook naar Veldwijk (Ermelo) en enkele andere instellingen waaronder de zwakzinnigeninrichting ’s Heerenloo (Ermelo). Veldwijk had begin 1943 al aan 400 patiënten en 120 personeelsleden uit Vogelenzang (Bennebroek) onderdak verleend; vervolgens hadden de Duitsers begin augustus 1944 sanatorium De Hooge Riet gevorderd en kreeg Veldwijk er begin oktober van dat jaar nog eens 500 patiënten uit Wolfheze bij, waarmee het totaal aan patiënten en personeel op ongeveer 1.900 uitkwam.[1628] Weliswaar nam het aantal sterfgevallen onder de patiënten in de loop van de hongerwinter sterk toe, maar van een zeer ernstige noodsituatie was geen sprake.[1629] Op 18 april 1945 trokken de eerste Canadese tanks - zonder slag of stoot - Ermelo binnen en was de bevrijding een feit.

Voor de Zutphense inrichtingen, die eveneens als gastinstelling fungeerden, bracht de laatste oorlogswinter veel ellende met zich mee, met name in de slotfase van de oorlog. Na de ontploffing van een munitietrein op het spoorwegemplacement in Zutphen op 28 september 1944, besloot geneesheer-directeur Van Bork patiënten en personeel van het Oude en Nieuwe Gasthuis, inclusief de daar ondergebrachte evacués van Oud-Rosenburg en klasse-patiënten van Santpoort, te evacueren naar Het Groot Graffel, het ‘buitengesticht’ te Warnsveld, dat reeds als gastinrichting voor evacués van Vrederust, Duin en Bosch en Santpoort dienst deed. Na deze laatste evacuatie verbleven bijna 1.250 patiënten in Het Groot Graffel, terwijl de gebouwen slechts waren berekend op 475 patiënten. De hygiëne liet veel te wensen over. De voedselsituatie was evenwel tot februari 1945 met voor de patiënten gemiddeld zo’n 2.000 calorieën tamelijk bevredigend. Daarna daalde de hoeveelheid calorieën naar rond de 1.500. Volgens de eerder aangehaalde officiële rapportage over de voedingstoestand was eind maart 1945 voor het eerst bij een patiënt hongeroedeem geconstateerd; een maand later leden ruim 45 patiënten hieraan, van wie er enkelen ernstig aan toe waren. Begin april 1945 was ook nog een epidemie van diarree uitgebroken.[1630] Ten tijde van het onderzoek – tussen 18 en 21 april – leed 30 procent van de patiënten hieraan; in de twee voorgaande weken waren 35 patiënten overleden, hetgeen vijf maal zoveel was als normaal.[1631] Volgens een telling van Aan de Stegge stierven in de eerste vijf maanden van 1945 187 patiënten.[1632]

Daaronder bevonden zich ook de dertien patiënten die slachtoffer werden van beschietingen op 4 april 1945 door de Canadezen die, misleid door de aanwezigheid van

---

[1627] Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 78-79.
[1628] De Groot 1984, 250-251.
[1629] De Groot 1984, 251. Zij vermelden geen sterftegetallen. Volgens informatie van Museum Veldwijk overleden in het hele jaar 1945 overleden 145 patiënten van Veldwijk. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
[1630] Vergelijk Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 64. Zie ook Aan de Stegge 2006c.
[1631] Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 64-67.
[1632] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

loopgraven op het terrein van Het Groot Graffel, meenden dat het een Duitse vesting betrof. Zowel Van Bork als de afdelingsgeneesheer M.J. ten Raa en verpleger J. Nonnekes van Duin en Bosch wisten 's middags respectievelijk 's avonds nog erger te voorkomen door, dwars door de vuurlinie heen, naar de Canadezen toe te lopen en hun duidelijk te maken dat ze met een ziekenhuis van doen hadden. Van Bork had geen Duitsers in de loopgraven op Het Groot Graffel gezien. Desgevraagd wees Van Bork op een plattegrond enkele hem bekende Duitse stellingen aan, waarop de aanval op Het Groot Graffel werd stopgezet. 's Nachts begonnen de beschietingen echter opnieuw – waarschijnlijk gebeurde dit door een andere Canadese divisie dan die van 's middags.[1633] Ten Raa noteerde hierover het volgende.

> We hadden toen kort naeen 4 voltreffers op ons mannenpaviljoen. Het was een hel toen de Canadezen door de gangdeuren naar binnen schoten. Begeleid door Br. Nonnekes die met de handen omhoog waarin hij een lantaaren vasthield, meeging, kon ik den Canadeeschen officier overtuigen dat dit een ziekenhuis was en niet een "militaire vesting"!! zooals hij tengevolge van de Todt-stellingen op ons terrein op zijn kaart had staan. Hij vertelde dat hun opdracht was geweest, het gesticht volkomen te vernietigen. Even na ons onderhoud hield inderdaad het artillerievuur op ons gesticht op al bleven er tot ± 4 uur des morgens nog telkens mitrailleurvuurgevechten van man tegen man op 't terrein en om de gebouwen aan den gang.[1634]

De stellingen op het terrein van Het Groot Graffel waren enkele maanden eerder op last van *Organisation Todt* gegraven.[1635] Leiders van deze organisatie hadden eind oktober 1944, op straffe van ontruiming van Het Groot Graffel, geëist dat dagelijks twintig man personeel van deze inrichting kwam graven.[1636] Er waren meer psychiatrische inrichtingen waar de Duitsers, al dan niet met inschakeling van verplegend personeel, vanaf eind 1944 stellingen hadden laten aanleggen. Zo moesten ook Brinkgreven (Deventer) en Licht en Kracht (Assen) hieraan geloven.[1637] Hierbij prevaleerden militair-strategische overwegingen – van een verborgen agenda om psychiatrische inrichtingen tot schietschijf van de geallieerden te maken en op die wijze de vernietiging van geesteszieken te bewerkstelligen, lijkt geen sprake te zijn geweest.[1638]

Op 10 april 1945, een kleine week na de beschietingen van Het Groot Graffel, vormde het terrein van Brinkgreven het toneel van hevige gevechten tussen de Duitsers en de Canadezen. Brinkgreven was het eerste stukje van Deventer dat de Canadezen bevrijdden. Voor zover bekend vielen noch tijdens de gevechten, noch tijdens granaatvuur gedurende de twee hieraan voorafgaande dagen, dodelijke slachtoffers onder patiënten of personeel van de inrichting. Zij waren tijdig ondergebracht in de souterrains van de paviljoens. Deze souterrains waren al eerder als noodverblijf ingericht, rondom

---

[1633] Aan de Stegge 2006c, 8-10.
[1634] Ten Raa s.a., 52.
[1635] *Organisation Todt*, opgezet door de Duitse ingenieur F. Todt, bouwde tal van grote verdedigingswerken. Daarbij werd veelvuldig gebruik gemaakt van dwangarbeid.
[1636] Zie Ten Raa s.a., 34.
[1637] Zie over Brinkgreven: Hogenstijn 1987, 107. Zie over Licht en Kracht: Brouwer 1948, 2. De over Licht en Kracht verstrekte informatie is uitermate summier.
[1638] Vergelijk Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

beveiligd met aarden wallen en voorzien van noodvoorraden kaarsen, lucifers, toiletpapier en geconserveerde levensmiddelen.[1639] Ook Brinkgreven had te kampen met overbevolking. In januari 1943 waren de patiënten van het door de Duitsers gevorderde St. Elisabethsgasthuis naar Brinkgreven overgebracht en begin februari 1943 kwamen daar nog eens 85 patiënten en bijbehorend personeel uit Santpoort bij.[1640] In september 1944 vorderden Duitse instanties, waaronder de *Sicherheitsdienst*, een aantal gebouwen van Brinkgreven, nadat een integrale vordering van de inrichting met succes was afgewezen.[1641] Voor zover bekend ontstond op Brinkgreven geen noodsituatie op het gebied van de voedselvoorziening. Wel nam ook hier de sterfte tijdens de laatste oorlogsmaanden toe.[1642]

Voor de psychiatrische inrichtingen in Drenthe – Beileroord (Beilen), Licht en Kracht (Assen) en Dennenoord (Zuidlaren) – bracht het laatste oorlogsjaar eveneens forse problemen met zich mee. Zij hadden niet zozeer met voedselgebrek te kampen als wel met vorderingen door de Duitsers, evacuaties en overbevolking. Beileroord werd in oktober 1944 gevorderd om als Duits lazaret dienst te doen. Voor zover de patiënten niet in gezinsverpleging waren, kregen ze met bijbehorend personeel onderdak in Licht en Kracht.[1643] Vanaf half februari 1945 fungeerde Licht en Kracht tevens als gastinrichting voor evacués uit Dennenoord. Zoals gezegd moest ook Licht en Kracht zich laten welgevallen dat de bezetter versterkingen aanlegde op het terrein van de inrichting. Op 13 april 1945 was de bevrijding van Assen een feit. Onder patiënten en personeel van Licht en Kracht vielen geen dodelijke slachtoffers.[1644]

Voor Dennenoord, dat reeds onderdak bood aan patiënten en personeelsleden van het 'eigen', in oktober 1941 gevorderde Noorder Sanatorium en dat bovendien begin 1943 zes paviljoens had ontruimd voor de opvang van ruim 450 patiënten en 140 verplegenden uit de zusterinrichting Bloemendaal (Loosduinen), werd de toestand nog benarder toen de Duitsers in september 1944 ook nog eens de twee grootste vrouwenpaviljoens van Dennenoord vorderden.[1645] Dennenoord telde op dat moment ruim 1.350 patiënten en ongeveer 300 personeelsleden. De grootste moeilijkheden deden zich evenwel voor in de twee maanden voorafgaande aan de bevrijding van Zuidlaren op 13 april 1945. Vanaf half februari 1945 gingen de Duitsers namelijk over tot vordering van de overige gebouwen van Dennenoord, dat als *Kriegslazarett* dienst ging doen. Daarmee werd de evacuatie van patiënten en personeel vanuit Dennenoord onvermijdelijk. Om te beginnen werden bijna 120 patiënten naar huis gestuurd, terwijl ruim 60 patiënten uit Bloemendaal in Licht en Kracht terecht konden en 20 in het (toenmalige) zwakzinnigengesticht Bethesda (Wagenborgen). Op 12 maart kwam het bevel dat alle patiënten uit Zuidlaren wegmoesten: bijna 200 patiënten gingen naar Wagenborgen, en ongeveer 430 patiënten naar Franeker, waar ze onderdak vonden in zes

---

[1639] Hogenstijn 1987, 107.
[1640] Zie Blok 1997b, 295; vergelijk Hogenstijn 1987, 105.
[1641] Hogenstijn 1987, 106. Het graven van tankgrachten op het terrein nam na de vorderingen een aanvang.
[1642] Volgens een telling van Aan de Stegge overleden in de eerste vijf maanden van 1945 76 patiënten op Brinkgreven. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
[1643] Van der Esch 1971-1972, 38-39. Het betrof 120 patiënten en 35 personeelsleden van Beileroord. Er bleven 234 patiënten in gezinsverpleging achter, een aantal dat in de laatste oorlogswinter sterk terugliep.
[1644] Brouwer 1948, 2.
[1645] Zie Vlaanderen 1984, 296-301; Furnée en Jonkman 1994, 127-148.

schoolgebouwen en, voor een klein gedeelte, in het Binnengesticht.[1646] Nog eens bijna 40 patiënten konden bij gezinnen in Zuidlaren terecht.[1647] Van de naar Franeker geëvacueerde patiënten overleden er tussen eind maart en eind juli 1945 56 (10,6 procent). Dysenterie en tuberculose waren de meest voorkomende ziekten.[1648]

De laatste oorlogsmaanden waren voor de Franeker inrichtingen – het geneeskundig gesticht en het 'buitengesticht' Groot Lankum - bepaald moeilijk. Nadat begin 1943 al ruim 400 patiënten plus bijbehorend personeel van Vogelenzang (Bennebroek) naar Franeker waren geëvacueerd, kwamen daar in maart 1945 nog eens meer dan 400 vanuit Dennenoord geëvacueerden patiënten en bijbehorend personeel – zo'n 600 extra mensen – bij.[1649] Er was schaarste aan zo ongeveer alles. Problemen met de drinkwatervoorziening in de week rond de bevrijdingsdatum - 15 april 1945 - maakten de toestand bijzonder nijpend. De sterfte onder de patiënten was dan ook hoog.[1650]

Uit opgaven van het Staatstoezicht valt op te maken dat de sterfte onder verpleegden in de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief de zwakzinnigeninrichtingen, tussen 1940 en 1945 steeg van ruim 2.100 naar ruim 3.700. Uitgedrukt in percentages van de inrichtingsbevolking per 1 januari ging het om een toename van bijna 8 naar bijna 15 procent.[1651]

3.2.6. *Na de bevrijding*

Het duurde doorgaans nog enige, soms zelfs geruime tijd eer de geëvacueerden terugkonden naar de eigen inrichting en er voor de gastinrichtingen een eind kwam aan de overbevolking.

In kringen van de psychatrie en de geestelijke gezondheidszorg bleef het aanvankelijk, althans in geschrifte, betrekkelijk stil over hetgeen zich tijdens de oorlog in de psychiatrische inrichtingen had afgespeeld. In 1945 verscheen alleen een artikel over geestelijke gezondheidszorg in bezettingstijd van de hand van de juriste en psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker, die, zoals eerder vermeld, een van de leidende figuren was van de beweging voor geestelijke volksgezondheid.[1652] Zij deed verslag over de uitkomsten van een door de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid gehouden enquête bij de 'gestichten voor krank- en zwakzinnigen en de paedologische instituten', voor- en nazorginstellingen, de bureaus voor opvoedingsmoeilijkheden, de bureaus voor levensmoeilijkheden, de psychotherapeutische instituten en de verenigingen voor de geestelijke volksgezondheid in het algemeen. Veel gestichten, zo schreef zij, hadden 'bewogen tijden meegemaakt'.[1653] Daar waren om te beginnen de evacuaties: haast geen inrichting bleef voor de evacuatie gespaard. Vooral in 1942, 1943 en 1944 was

---

[1646] Vlaanderen 1984, 298-299.
[1647] Vlaanderen 1984, 299. Vergelijk Furnée en Jonkman 1994, 142. Laatstgenoemden schrijven dat 'er nog 172 anderen een onderkomen vonden in één van de vele gezinnen in Zuidlaren die bereid waren om patiënten op te nemen'.
[1648] Vlaanderen 1984, 299.
[1649] Heemstra 1951, 57-67.
[1650] Volgens een telling van de archivaris van Franeker stierven in de eerste vijf maanden van 1945 129 patiënten in de Franeker inrichtingen. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
[1651] Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigengestichten, in Nederland 1884-1964.
[1652] Zie 2.5. Geestelijke volksgezondheid.
[1653] Lekkerkerker 1945a, 3.

er sprake van 'zwerftochten van duizenden geesteszieken, zwakzinnigen en psychopathen van het eene gesticht naar het andere. De ontzaglijke problemen, welke het massale vervoer van deze ontoerekenbare, ten deele invalide patiënten met de heele gestichtsinventaris meebracht, laat zich nauwelijks denken.'[1654] Daar kwam nog het probleem van het ruimtegebrek bij.

> In de gestichten stijgt de bezetting tot ver boven het normale maximum, vaak tot boven het medisch en menschelijk verdraagbare; afgekeurde gebouwen, werkplaatsen, zolders moeten als verpleegruimte in gebruik worden genomen. Classificatie, arbeidstherapie en andere eischen van de moderne zenuwverpleging moeten meer en meer worden prijsgegeven; het peil zakt.[1655]

Vervolgens memoreerde Lekkerkerker 'het schokkende drama […] van de ontruiming der Joodsche gestichten en de wegvoering van de patiënten de dood in', alsmede de weigering tot uitlevering van joodse patiënten in verscheidene inrichtingen. Ook de 'rebellie' van de inrichting voor toevallijders Meer en Bosch liet ze niet onvermeld.[1656] Na passages over de oorlogshandelingen na de invasie in september 1944 en de nood in de laatste oorlogswinter verschafte Lekkerkerker bovendien in kort bestek een overzicht van de problemen waarvoor de inrichtingen zich na de bevrijding zagen gesteld: gehavende, uitgewoonde of verwoeste gebouwen, de langdurige bezetting van veel gestichten door geallieerde militairen, belemmeringen voor de terugkeer van evacués, een ernstig tekort aan personeel, textiel en overig materiaal, overbezetting van diverse inrichtingen, en lege bedden in andere inrichtingen omdat ze geen nieuwe patiënten durfden op te nemen.

> De opname-mogelijkheid is dan ook nog sterk beperkt: door gebrek aan geschikte gebouwen, personeel en materiaal kunnen werk- en gemeenschapstherapie en andere moderne vormen van behandeling niet meer tot hun recht komen. De zenuwverpleging is, zooals een der directeuren verzucht, jaren achterop geraakt en wij kunnen weer geheel van voren af aan beginnen.[1657]

De NVPN deed er het stilzwijgen toe tot aan de eerste naoorlogse jaarvergadering op 15 december 1945 in de Valeriuskliniek te Amsterdam. De rede die voorzitter Kraus toen uitsprak was indrukwekkend, zijn gehoor ongekend talrijk.[1658] Kraus opende de vergadering met de volgende woorden.

> Dames en Heeren,
> Ik heet U allen welkom en open deze vergadering, de eerste van onze vereeniging sedert de bevrijding van het Vaderland en de eerste na zes jaren waarin we, onbelemmerd door aan ons innerlijk vreemde beperkingen, uiting kunnen geven

---

[1654] Lekkerkerker 1945a, 4.
[1655] Lekkerkerker 1945a, 4.
[1656] Lekkerkerker 1945a, 4-5.
[1657] Lekkerkerker 1945a, 6.
[1658] De rede werd in 1946 integraal gepubliceerd in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*. Zie Kraus 1946. Ongeveer 110 leden woonden deze jaarvergadering bij.

> aan onze gedachten en gevoelens. Gedachten en gevoelens, die er vele zijn, wanneer wij terugblikken op de nachtmerrie, die achter ons ligt, waarvan wij allen de huivering ondergingen en waardoor velen van ons verloren wat hun dierbaar was -, wanneer wij zien naar de ook den psychiater verbijsterende verwardheid van het heden - en wanneer wij trachten de blik te slaan in de toekomst, die gebarricadeerd schijnt met de problemen van de genezing onzer zieke samenleving.[1659]

Over de lotgevallen van de NVPN tijdens de bezetting kon Kraus kort zijn.

> Geleid door de overweging, dat actief openlijk verzet van de vereeniging als zoodanig volstrekt doelloos zou zijn en wegens haar niet onaanzienlijke bezittingen bovendien dom, heeft het bestuur gemeend niet anders te kunnen doen dan de vereeniging te laten slapen.[1660]

De vereniging had weliswaar weinig, maar de leden hadden des te meer beleefd.

> Veel is er geleden en veel is er gestreden en hoewel het intercollegiale contact tot op zekere hoogte minder was dan vroeger, hebben wij elkaar beter leeren kennen. Leden, waarover wij onze sympathie en achting min of meer gelijkelijk plachten te verdeelen, onderscheiden wij thans in verraders en lafaards, in flinke kerels en helden. De zenuwartsen kwamen naar mijn overtuiging meer dan eenige andere groep van specialisten, uit hoofde van hun beroep, te staan voor situaties, waarin ze hadden te toonen wat zij waard waren en ook overigens waren de moeilijkheden van den bezettingstijd in groote mate hun deel.[1661]

Een van de belangrijkste problemen waarvoor de beroepsgroep zich gesteld zag was, aldus Kraus, was de hulp aan joodse patiënten ten tijde van de deportaties. Kraus roemde de ‘groote onverschrokkenheid’ waarmee verschillende gevestigde zenuwartsen door het afgeven van geheel of gedeeltelijk onware verklaringen eraan hadden meegewerkt dat honderden joodse patiënten in de gestichten tijdelijk een schuilplaats konden vinden.[1662] Naar Kraus’ overtuiging zou het ‘drama van het “Apeldoornsche Bosch”, dat eenigszins is verbleekt tegen den achtergrond van de massale rampen in het recente verleden, […] in normale tijden alleen reeds aanleiding zijn geweest tot het uitbreken van een wereldoorlog’.[1663] Vervolgens zette Kraus in sobere bewoordingen uiteen hoe dit drama zich had voltrokken. De gegevens ontleende hij aan een rapport dat Van Bork direct na de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch had opgemaakt. Kraus liet niet na een aantal collega’s te noemen die zich hadden onderscheiden door hun verzet tegen de wegvoering van hun patiënten of tegen de nazificatie van hun inrichtingen. Kraus besloot zijn rede als volgt.

[1659] Kraus 1946, 187.
[1660] Kraus 1946, 187. Naar welke bezittingen Kraus verwees, is ons niet bekend.
[1661] Kraus 1946, 188.
[1662] Kraus 1946, 188.
[1663] Kraus 1946, 188.

> Er is werk, veel werk, niet alleen vandaag, maar in de naaste toekomst voor ons allen. Er moeten groote schade en achterstand worden ingehaald. Op wetenschappelijk gebied is er buiten onze grenzen een aanzienlijke voorsprong, die door ons zal moeten worden opgeheven. Op het terrein van de verpleging staan wij voor een enormen achteruitgang en een ernstige desorganisatie van het krankzinnigenwezen. De sociale psychiatrie en de geheele geestelijke volksgezondheid roepen om onze hulp. Laten wij hen, die wat van ons verwachten, niet teleurstellen. Moge het ons gegeven zijn de moeilijkheden die thans nog onoverkomelijk lijken, te overwinnen, op zoodanige wijze dat anderen en wijzelf, tevreden zijn.[1664]

Daarna vielen nog enkele huishoudelijke kwesties af te handelen, waaronder de bestuursverkiezing. Jegens Borgerhoff Mulder, die zich niet meer herkiesbaar stelde als secretaris van de Examencommissie, sprak de vergadering 'haar grooten dank' uit voor alles wat hij 'gedurende vele jaren op zoo voortreffelijke wijze heeft gedaan.[1665] Vervolgens stemde de vergadering in met een voorstel van het bestuur om alle leden die gedurende de bezetting lid of sympathiserend lid van de NSB waren, te royeren. In aansluiting daarop werden acht leden als lid geroyeerd. Eén van deze acht was Audier, de inspecteur van het Staatstoezicht die geneesheer-directeur Lobstein van Het Apeldoornsche Bosch was komen waarschuwen voor de ophanden zijnde ontruiming.

[1664] Kraus 1946, 190.

[1665] Westerman Holstijn 1946, 191. Het Centraal Orgaan tot Zuivering van Ambtenaren was inmiddels tot de conclusie gekomen dat Borgerhoff Mulder rehabilitatie met volledig eerherstel verdiende. De Commisssaris van de Koningin nam dit over en Borgerhoff Mulder kreeg hierover bericht op 3 januari 1946, waarna hij op 4 januari 1946 opnieuw in dienst trad als geneesheer op Rhijngeest. Ruim anderhalf jaar later zou hij overlijden. Zie Aan de Stegge 2006a en 2006b.

3.3. De inrichtingspsychiatrie na de oorlog

3.3.1. *Puinruimen, wederopbouw en uitbouw*

Na de bevrijding duurde het geruime tijd eer de materiële oorlogsschade aan de getroffen psychiatrische inrichtingen was hersteld. Van de drie zwaarst beschadigde instellingen nam de wederopbouw van Bloemendaal te Loosduinen en van Wolfheze enkele jaren en die van St. Anna te Venray zelfs tien jaar in beslag.[1666] Er kwamen in de jaren 1945 tot aan 1965 slechts twee nieuwe psychiatrische inrichtingen tot stand: Hulp en Heil te Leidschendam en de Sinaïkliniek te Amersfoort. Hulp en Heil was na Zon en Schild (Amersfoort) en Licht en Kracht (Assen) de derde psychiatrische inrichting van de Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken. De bouw was kort voor het uitbreken van de oorlog begonnen, maar de opening vond pas in 1949 plaats, nadat het Centraal Bureau voor de Statistiek de paviljoens na een driejarig gebruik had verlaten.[1667] Daarna volgde in 1960 de opening van de joodse Sinaïkliniek te Amersfoort - het in 1943 door de Duitsers ontruimde Het Apeldoornsche Bosch zou niet meer als psychiatrische inrichting fungeren en werd in 1951 verkocht.[1668] Welbeschouwd kwam pas in 1965 een geheel nieuw initiatief van de grond, St. Franciscushof te Raalte, aanvankelijk voor de verpleging en verzorging van geestelijk gestoorde katholieke vrouwen, maar vanaf 1969 ook voor mannelijke patiënten.[1669] Over St. Franciscushof berichten wij nader in het volgende deel.

Aan het 'grote bouwen', zo kenmerkend voor de vooroorlogse periode tot halverwege de jaren dertig, was een eind gekomen - althans voor zover het psychiatrische inrichtingen in enge zin betrof. Ondanks de economische groei in de loop van de jaren vijftig en zestig bleef het voornamelijk bij uitbreiding of aanpassing van de bestaande inrichtingen met nieuwe of verbouwde klinieken, paviljoens of therapieruimtes.[1670] De beperkende bepalingen van de Wederopbouwwet, die tussen 1950 en 1965 van kracht was en die (ver)bouwen verbood, tenzij de overheid daarvoor toestemming verleende, zullen hieraan hooguit ten dele debet zijn geweest.[1671] De geringe nieuwbouw lijkt voornamelijk te zijn ingegeven door een functionele herwaardering van de psychiatrische inrichting. Deze won aan urgentie door het naoorlogse personeelstekort en de overbevolking van de inrichtingen. Ook de komst van de nieuwe psychofarmaca, te beginnen met Largactil in 1952, droeg hieraan bij. Het kwam er in feite op neer dat psychiaters afwilden van de grote schare zwakzinnigen en ook psychisch gestoorde bejaarden die de psychiatrische inrichtingen bevolkten en verstopten. Voor hen zouden, meer dan voorheen, aparte voorzieningen moeten komen. Een dergelijke externe, naar

---

[1666] Veldman 1984, 271; Brinkman 1984, 314; Mens 2003, 179 en 183.

[1667] Vereniging 'Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken' s.a. [1967], 3. Van der Esch 1975-1980, III: 40.

[1668] Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 112-125. Na de oorlog werden Paedagogium Achisomog (voor moeilijk opvoedbare kinderen) en paviljoen Benjamin (voor zwaar geestelijk gehandicapte kinderen) hersteld en heropend. De overige gebouwen van Het Apeldoornsche Bosch werden vanaf 1948 verhuurd aan de gereformeerde Vereniging tot Opvoeding en Verpleging van Idioten en Achterlijke Kinderen.

[1669] Huiskes en Van der Kroef 2002.

[1670] Mens 2003, 183 en 186.

[1671] Bijker 1994, 3. Vergelijk Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding. De bouwstop van 1934 was, voorzover bekend, nooit opgeheven. Vanaf mei 1940 legde de Duitse bezetter de bouw aan banden met de Besluiten Wederbouw I en II.

buiten toe gerichte differentiatie, waarvoor al sedert het begin van de twintigste eeuw was gepleit en die in bescheiden mate ook al daadwerkelijk op gang was gekomen, kreeg in de naoorlogse periode, naar hierna nog zal blijken, meer steun. In ieder geval won de uittocht van zwakzinnigen uit de psychiatrische inrichtingen vanaf eind jaren vijftig sterk aan momentum, zoals in de volgende paragraaf zal blijken. Voor de psychisch gestoorde bejaarden verliep dit proces aanzienlijk trager.

Of de psychiatrische inrichting zich, behalve tot een instelling voor mensen met geestesziekte in engere zin, ook tot psychiatrisch *ziekenhuis* zou moeten en kunnen ontwikkelen, en wat dit dan inhield, daarover liepen de meningen uiteen. Zoveel leek wel vast te staan dat een louter klinische taakopvatting onvoldoende recht zou doen aan de beide andere functies van psychiatrische inrichtingen: revalidatie en verzorging.[1672] Hoe dit ook zij, ook zonder de bouw van nieuwe inrichtingen kwam dankzij het proces van externe differentiatie meer capaciteit beschikbaar voor de kerngroep van geesteszieke patiënten, de lijders aan stemmings- en psychotische stoornissen. Voeg daarbij de toename van kortdurende opnamen dankzij de psychofarmaca en het zal duidelijk zijn dat de inrichtingen in de loop van de jaren vijftig en zestig opvang boden aan een stijgend aantal psychiatrische patiënten, zowel absoluut als relatief gezien.

Om hoeveel psychiatrische inrichtingen ging het in de periode 1945-1965?[1673] Zoals in het vorige deel aangegeven, zijn over de jaren 1937 tot en met 1968 geen verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten respectievelijk de Geneeskundige (Hoofd-)inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gepubliceerd. Wel beschikken we over tellingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (dat zich weer baseerde op opgaven van de Inspectie), de diverse edities van het *Geneeskundig Jaarboekje voor Nederland* en, meer incidenteel, over in vaktijdschriften en in diverse edities van de *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* (respectievelijk *Gezondheidszorg*) *in Nederland* (hierna: *Gids*) verstrekte gegevens. Wat opvalt is dat de uitkomsten, afhankelijk van de gehanteerde criteria en de betrachte nauwkeurigheid, nogal verschillen, zowel binnen één soort bron, als tussen de diverse bronnen voor zover die over hetzelfde jaar rapporteren. Zo variëren de tellingen over het jaar 1949 tussen 34 en 41 psychiatrische inrichtingen.[1674] Ook door de jaren heen vermelden de beschikbare bronnen uiteenlopende aantallen, variërend van minimaal 35 en maximaal 39.[1675] Een en ander hangt onder andere samen met het al dan niet meetellen van buitengestichten als aparte inrichtingen alsook van de aangewezen inrichting St. Antonius te Leur (1910) en het Christelijk Sanatorium te Zeist, die niet beschikten over een gesloten, gestichtsafdeling voor patiënten met een rechterlijke machtiging en derhalve strikt genomen geen psychiatrische inrichtingen waren.[1676]

[1672] De Smet 1967, 322-325.

[1673] Strikt genomen betreft het zowel gestichten als psychiatrische inrichtingen. De zwakzinnigeninrichtingen zijn niet meegeteld. In 1951 telde Nederland nog slechts drie gestichten, dus zonder een aangewezen afdeling: het St. Jorisgasthuis te Delft en de Rijkskrankzinnigengestichten te Grave en Woensel/Eindhoven. Zie Pameyer 1951, 177.

[1674] Pameyer 1951, 177, 179; Centraal Bureau voor de Statistiek 1952, 57; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1949, 13-15; *Geneeskundig Jaarboekje voor Nederland* 1952, II: 6-9.

[1675] Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47; Van der Esch 1975-1980, I: 82. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10.

[1676] Zie Willemsen 1997; bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Hrachovec en Hutschemaekers 1993, 16; Van der Esch 1975-1980, I: 82.

Al met al beschikte Nederland in 1965, afgaande op de door de *Gids* gehanteerde indeling, over in totaal 38 psychiatrische inrichtingen: 2 rijksinrichtingen (de Rijks Psychiatrische Inrichtingen te Eindhoven en Grave), 3 provinciale inrichtingen (Duin en Bosch te Bakkum en de provinciale ziekenhuizen te Medemblik en nabij Santpoort), 3 gemeentelijke inrichtingen (de psychiatrische inrichting te Franeker, Endegeest te Oegstgeest en het Deltaziekenhuis te Poortugaal), 7 algemene (lees: publieke of semi-publieke) inrichtingen (Beileroord te Beilen, het St. Jorisgasthuis te Delft, Brinkgreven te Deventer, de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder en het Willem Arnstz Huis te Utrecht, Rosenburg te 's-Gravenhage en Het Groot Graffel te Warnsveld), één joodse inrichting (de Sinaïkliniek te Amersfoort), 10 protestants-christelijke inrichtingen (Zon en Schild te Amersfoort, Licht en Kracht te Assen, Vogelenzang te Bennebroek, Veldwijk te Ermelo, Vrederust te Halsteren, Hulp en Heil en Schakenbosch te Leidschendam, Bloemendaal te Loosduinen, Groot Bronswijk te Wagenborgen, psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze en Dennenoord te Zuidlaren) en 12 rooms-katholieke inrichtingen (de St. Josephstichting te Apeldoorn, Huize Padua te Boekel, St. Willibord te Heiloo, Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch, St. Antonius te Leur, Calvariënberg te Maastricht, Sancta Maria te Noordwijk, St. Bavo te Noordwijkerhout, Coudewater te Rosmalen, St. Servatius en St. Anna te Venray en Voorburg te Vught).[1677] Indien, conform de opgave van de Inspectie, een correctie op deze indeling wordt toegepast, dan zou er één algemene inrichting (een buitengesticht) afgaan en één protestants-christelijke bijkomen (het Christelijk Sanatorium te Zeist).[1678]

De officiële capaciteit van de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen bedroeg, exclusief de zwakzinnigeninrichtingen, eind 1946 bijna 22.000 bedden - rond 3.000 minder dan eind 1939 - en kwam eind 1949 uit op 24.000.[1679] In de loop van 1950 bereikte de capaciteit, ditmaal, bij gebrek aan officiële gegevens over het aantal beschikbare bedden, geteld op basis van de omvang van het patiëntenbestand, het vooroorlogse niveau van ongeveer 25.000 om vervolgens nog verder te stijgen naar ongeveer 28.000 per eind 1955, waarna een geleidelijke daling inzette naar 26.500 per eind 1965.[1680] Het aandeel van de particulier-confessionele sector, dat in 1936 nog net iets onder de helft lag, kwam in 1965 op 55 procent van de capaciteit. Tellen we daar ook de semi-publieke, overwegend katholiek georiënteerde instellingen Reinier van Arkel, Voorburg en Calvariënberg bij op, dan bedroeg het confessionele aandeel in 1949 58 procent en in 1965 64 procent.[1681] Dat neemt niet weg dat de invloed van levensbeschouwing binnen de inrichtingspsychiatrie inmiddels tanende was, zoals we hieronder zullen zien.

[1677] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10.
[1678] Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47.
[1679] Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62. Vergelijk Pameyer 1951, 179.
[1680] Het Centraal Bureau voor de Statistiek vermeldt na 1946 niet het aantal beschikbare plaatsen maar de bevolking der gestichten en psychiatrische inrichtingen. Zie Centraal Bureau voor de Statistiek 1957, 44; Centraal Bureau voor de Statistiek 1962, 40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47. Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000. Zie tevens voor de bevolkingsomvang der psychiatrische inrichtingen per 31 december 1965: Van der Esch 1975-1980, I: 82; vergelijk Centraal Bureau voor de Statistiek 1968, 32. Zie ook tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.
[1681] Pameyer 1951, 179; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10. Zie ook tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.

De omvang van de psychiatrische inrichtingen vertoonde al geruime tijd een stijgende lijn. Rond 1900 telde ruim de helft van de Nederlandse gestichten 300 tot 600 bedden en beschikten nog maar 2 gestichten over meer dan 800 bedden.[1682] Halverwege de jaren dertig had, voor zover bekend, zo'n 40 procent van de gestichten en psychiatrische inrichtingen een capaciteit van meer dan 600 bedden, terwijl binna een kwart inmiddels boven de 800 bedden uitkwam. Santpoort spande met ruim 1.500 bedden de kroon, op enige afstand gevolgd door Voorburg met ruim 1.100 en het Rijkskrankzinnigengesticht te Eindhoven (voorheen Woensel) met ruim 1.000 bedden.[1683] In 1965 had bijna twee derde van de inrichtingen meer dan 600 bedden en ook het aandeel van de instellingen met meer dan 800 bedden (36 procent) was fors gestegen. Onder de inrichtingen met meer dan 1.000 bedden stond Voorburg nu met een capaciteit van ruim 1.300 bedden (ruim 200 meer dan in 1935) bovenaan, gevolgd door Santpoort met 1.200 bedden (ruim 300 minder dan in 1935), en de nieuwkomers in deze categorie: het Deltaziekenhuis (het vroegere Maasoord; bijna 1.200), St. Servatius (1.050) en Dennenoord (ruim 1.000).[1684] De Rijks Psychiatrische Inrichting (R.P.I.) Eindhoven was gezakt naar 1.000 bedden, waarvan er eind 1965 bovendien slechts driekwart bezet waren. In bijna driekwart van de inrichtingen waarvoor dit gegeven beschikbaar is, was de bezetting eind 1965 groter dan in 1936, terwijl ruim een kwart lager uitkwam.[1685]

Niet alleen de omvang van de inrichtingen, ook hun openheid nam toe. In 1951 beschikten op drie na alle inrichtingen over een aangewezen of open afdeling voor patiënten zonder rechterlijke machtiging.[1686] Het aandeel van deze aangewezen afdelingen zal toen nog minder dan de helft van de totale inrichtingscapaciteit hebben bedragen. Dat veranderde toen in de jaren erna een toenemend aantal paviljoens of afdelingen voor dit doel werd bestemd. Hoeveel 'open' plaatsen er in de hier behandelde periode bijkwamen is niet bekend, maar dat het aantal groeide ligt voor de hand aangezien in 1965 inmiddels drie kwart van de opnamen zonder rechterlijke machtiging plaatsvond.[1687]

[1682] Van der Esch 1975-1908, I: 81. Zie ook 1.4.4. Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg.
[1683] Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie ook tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936. En 2.2.1. De bouw van psychiatrische inrichtingen.
[1684] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10. Zie ook tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.
[1685] Tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.
[1686] Pameyer 1951, 177.
[1687] Zie De Goei 2001, 260 en 378 (noot 11).

Tabel 3.1: Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936*

	1965		1935/1936	
	capaciteit	bezetting	capaciteit	bezetting
Groot Bronswijk			738	775
-	-			
Franeker	723	652	508	579
Beileroord	181	442	299	348
Licht en Kracht	750	731	-	161
Dennenoord		1024	1026	843
972				
St. Elisabethsgasth. (Brinkgr.)	480	582	200/444	625
St. Josephstichting	576	619	264	325
Veldwijk	870	871	582	680
Groot Graffel	706	607	?	926**
Wolfheze	795	834	591	658
Zon en Schild	866	856	650	631
W.A. Stichting***	(1230)	1047	(1346)	1434
Utrecht	328		444	
Den Dolder	902		902	
Sinaïkliniek	84	85	-	-
Chr. Sanatorium Zeist	195	193	c.90	-
Duinenbosch	780	767	865	824
Vogelenzang	740	724	444	501
St. Willibrordusstichting	651	626	450	425
Prov. Zkh. Medemblik	363	169	363	309
Prov. Zkn. Santpoort	1200	1108	1517	1474
St. Jorisgasthuis	810	781	811	810
Hulp en Heil	536	527	-	-
Bloemendaal****	827	770	834	874
Rosenburg****	718	666	475	450
Sancta Maria	811	760	750	716
St. Bavo	860	846	700	708
Endegeest	543	563	525	717
Delta Ziekenhuis	1170	1191	958	1093
Vrederust	858	854	716	844
Huize Padua	550	536	?	417
R.P.I. Eindhoven	1000	743	1032	1049
R.P.I. Grave	160	211	112	179
St. Antonius	322	340	250	-
Coudewater	776	768	?	587
Voorburg	1343	1358	1118	1254
Reinier van Arkel	480	489	527	470
Calvariënberg	200	186	?	55
St. Anna	710	841	690	780
St. Servatius	1050	1073	781	782

Veldzicht	-	-	12	8
Het Apeldoornsche Bosch	-	-	638	792

* Bronnen:
Capaciteit 1965: Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10. Bij elkaar opgeteld bedroeg de capaciteit per begin 1965 26.676 bedden.
Capaciteit 1935: Huddleston Slater s.a. [1935].
Bezetting 31-12-1965 en 1936: Van der Esch 1975-1980, I: 82.

Werkwijze: als uitgangspunt is gehanteerd de door Van der Esch samengestelde lijst van 38 psychiatrische inrichtingen en hun bezetting per 31-12-1965. Daaraan zijn de capaciteitsgegevens voor 1965 toegevoegd. Ter vergelijking zijn bovendien de bezettings- en capaciteitsgegevens uit 1936 respectievelijk 1935 toegevoegd. De bezetting van de door Van der Esch voor 1936 apart vermelde sanatoria is opgeteld bij die van de betreffende psychiatrische inrichting.

** Betreft 'Gasthuis Zutphen c.a.'

*** In de GGz gidsen worden de beide vestigingen van de W.A. Stichting (te Utrecht en Den Dolder) apart vermeld.

**** De Stichting 'Bloemendaal' beheerde naast 'Bloemendaal' tevens de psychiatrische kliniek Ockenburgh te Loosduinen (107 bedden in 1935). Zie Huddleston Slater s.a. [1935], XXXV.
De Stichting 'Rosenburg' beheerde naast 'Oud-Rosenburg' ook de psychiatrische inrichting de Ramaerkliniek (100 bedden in 1935) te Loosduinen. Zie Huddleston Slater s.a. [1935], XXXV.
.

3.3.2. *Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging*

Terwijl de uitbreiding van de inrichtingspsychiatrie na het herstel van de oorlogsschade al met al bescheiden bleef, maakte de intramurale zorg voor zwakzinnigen in de jaren vijftig en zestig een grote expansie door. De wijze waarop deze stand kwam, de achtergronden en de precieze omvang ervan behoeven evenwel nog nader onderzoek.[1688] Duidelijk is in elk geval wel dat zowel het aantal zwakzinnigen als de behoefte aan inrichtingszorg na 1945 sterk toenam. De *babyboom*, de daling van de kindersterfte en de inmiddels langere levensduur van zwakzinnigen dankzij een betere medische zorg droegen hiertoe bij. Tegelijkertijd was er, mede als gevolg van de oorlogsschade, een zeer groot plaatstekort. De gemiddelde overbezetting van de (erkende) zwakzinnigeninrichtingen lag eind 1949 op maar liefst bijna een kwart; in 1960 gold dat voor katholieke instellingen nog steeds.[1689] De Inspectie drong onder meer bij katholieke instanties aan op nieuwe initiatieven.[1690] Ook ouders van zwakzinnige kinderen, die zich vanaf de jaren vijftig in verenigingen organiseerden, oefenden druk uit door aan te sturen op de totstandkoming van voorzieningen dicht bij huis.[1691]

Evenals in veel andere westerse landen gingen ouders, vooral uit de middenklasse, zich organiseren en lieten zij van zich horen - enkelen schreven ook boeken over hun zwakzinnige kind. Volgens E. Tonkens werden zij behalve door het plaatstekort waarschijnlijk ook gedreven door de 'medicalisering' van zwakzinnigheid. Voorheen gold zwakzinnigheid vooral als een gedrags- of sociaal probleem, met name van de lagere klassen, en overheersten associaties met degeneratie, hulpbehoevendheid, schaamte en schuld. Na de oorlog won het idee terrein dat zwakzinnigheid een behandelbare medische aandoening met lichamelijke oorzaken was, die ook in de midden- en hogere bevolkingslagen voorkwam en waaraan ouders geen schuld droegen. Zwakzinnige kinderen en hun ouders zouden recht hebben op deskundige, wetenschappelijk onderbouwde hulp.[1692] Vanaf de jaren vijftig ging de intramurale zwakzinnigenzorg - later omgedoopt tot geestelijk of verstandelijk gehandicaptenzorg - zich onderscheiden en losmaken van de inrichtingspsychiatrie en ook van de caritas, die zich vanouds over hulpbehoevenden als zwakzinnigen had ontfermd.[1693]

Een mijlpaal in de verzelfstandiging en professionalisering van de zwakzinnigenzorg was in 1957 de oprichting door de Inspectie van de Vergadering van Directeuren van Inrichtingen voor Zwakzinnigheid ten einde een aparte opleiding voor de zwakzinnigenverpleging van de grond te tillen. Al in het jaar daarop ging de zogenoemde Z-opleiding van start in een aantal zwakzinnigeninrichtingen.[1694] Andere mijlpalen waren de oprichting van het *Tijdschrift voor zwakzinnigheid en zwakzinnigenzorg* (1963), de benoeming van een speciaal met de zwakzinnigenzorg belaste Inspecteur Geestelijke Volksgezondheid (1968) en de oprichting van de Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg (NOZ), een bundeling van het organisatorisch versnipperde particulier

---

[1688] Zie vooral Van der Esch 1975-1980. III: 43-65; Klijn 1995; Mans 1998; Tonkens 1999; Beltman 2001.
[1689] Klijn 1993, 105.
[1690] Zie Klijn 1995, Epiloog; Bakker 2002e, 243.
[1691] Van der Esch 1975-1980, III: 46-47.
[1692] Tonkens 1999, 89.
[1693] Zie bijvoorbeeld: Klijn 1995; Mans 1998, hoofdstuk 10; Tonkens 1999, hoofdstuk 3.
[1694] Tot een wettelijke erkenning van het Z-diploma zou het overigens pas in 1978 komen. Zie Tonkens 1999, 93.

initiatief (1969).[1695] Een ander teken van verzelfstandiging en ook expansie van de zwakzinnigenzorg was dat deze voor het laatst werd opgenomen in de *Gids voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland* uit 1974 en in de *Gids* van 1981 niet meer voorkwam omdat het NOZ plannen had om een eigen adresboek te vervaardigen.[1696]

Het is overigens de vraag of medicalisering wel de juiste term is om deze ontwikkeling te karakteriseren. I. Mans spreekt in dit verband van een pedagogisering van de zwakzinnigenzorg.[1697] In feite gaven niet alleen medici, maar in toenemende mate ook psychologen, (ortho)pedagogen, maatschappelijk werkers en ook Z-verplegenden in de loop van de jaren zestig en zeventig vorm aan de verzelfstandiging en professionalisering van de zwakzinnigenzorg. De betrokkenheid van zenuwartsen bij dit nieuwe multidisciplinaire zorggebied was al met al gering. In 1960 waren slechts 4 zenuwartsen verbonden aan een zwakzinnigeninrichting. Dat was nog geen 3 procent van de 142 in de intramurale geestelijke gezondheidszorg werkzame zenuwartsen en slechts 0,7 procent van het totale aantal (ongeveer 570) actieve beroepsbeoefenaren in 1960.[1698] Bijna twintig jaar later, in 1979, waren in de gehele, dus niet alleen de intramurale, zwakzinnigenzorg slechts 16 psychiaters werkzaam tegenover 128 psychologen en 123 pedagogen.[1699] In de periode 1961 tot en met 1978 behaalden meer dan 9.000 Z-verplegenden hun diploma.[1700]

Aangezien de intramurale zwakzinnigenzorg dus een eigen weg insloeg, onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie, voert het te ver om in dit boek nader op deze sector in te gaan. Wat ons hier bezighoudt zijn de gevolgen van deze ontwikkeling voor de intramurale psychiatrie. Het is welhaast ondoenlijk om op basis van de gepubliceerde bronnen tot een eenduidig overzicht te komen van het aantal, de capaciteit en de bezetting van de intramurale instellingen voor zwakzinnigen in de naoorlogse periode. Daarvoor liepen de criteria voor wat onder een zwakzinnigeninrichting dan wel -tehuis werd verstaan, zo die al vallen te achterhalen, te zeer uiteen. Sommige voorzieningen vielen onder het toezicht van de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, andere golden als instellingen van weldadigheid en weer andere, die buitengewoon lager onderwijs verzorgden of belast waren met de opvoeding van zwakzinnige voogdijkinderen, ressorteerden onder de Inspecties van het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en van Justitie. Deze verbrokkeling vormt een probleem waarmee historici van de zwakzinnigenzorg in Nederland niet goed raad weten, zo ze het al signaleren.[1701] Hoe dit ook zij, niettegenstaande de onderlinge verschillen in gehanteerde methodiek en uitkomsten, wijzen de gepubliceerde bronnen ondubbelzinnig in eenzelfde richting: een continue uitbreiding van de intramurale zwakzinnigenzorg in de naoorlogse jaren, die nog eens werd gestimuleerd door de in 1968 ingevoerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zwakzinnigen kregen toen, ongeacht het inkomen van de familie, recht op een volledige vergoeding van

---

[1695] Klijn 1995, 228-229; Tonkens 1999, 87-88.
[1696] Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 5.
[1697] Mans 1998, 269 en verder.
[1698] Van Drunen 2004, 32-38. Met dank aan P. van Drunen voor de verstrekte extra informatie.
[1699] Ongepubliceerde lezing van I. Weijers en E. Tonkens uit 1996, aangehaald door Mans 1998, 269.
[1700] *Nederlandse Staatscourant* van 26 januari 1978, nr. 19, Memorie van Toelichting bij het erkenningsbesluit voor de Z-opleiding, 7. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
[1701] Zie bijvoorbeeld Mans 1998, 296; Tonkens 1999, 91; Beltman 2001, 71; Dickmann 1986, 15.

het verblijf in een inrichting.[1702] Terwijl het getelde aantal intramurale voorzieningen voor zwakzinnigen eind jaren veertig al naar gelang de gehanteerde criteria schommelde tussen 17 en 27, bedroeg dit begin jaren zestig tussen 45 en maar liefst 112, rond 1980 tussen 111 en 131 en voor het jaar 2000 154.[1703] Veruit de meeste zwakzinnigeninrichtingen waren, evenals voor de oorlog, het resultaat van particulier, confessioneel initiatief, waarbij vooral het katholieke aandeel groot was. Daarnaast kwamen nu ook neutrale particuliere inrichtingen tot stand.

Afgaande op de *Statistiek der sociale zorg* en het *Statistisch zakboek* respectievelijk het *Statistisch jaarboek* van het Centraal Bureau voor de Statistiek steeg het aantal bewoners van zwakzinnigeninrichtingen van ongeveer 5.500 in 1949 naar tussen 11.000 en 14.000 in 1963, bijna 26.000 in 1975, ruim 30.000 in 1985 en ruim 36.000 in 2000.[1704] Zetten we hier de cijfers van de psychiatrische inrichtingen tegenover, dan blijkt dat hun aandeel in de intramurale zorg voor zwakzinnigen terugliep van, naar schatting, ongeveer 10.000 in de jaren vijftig naar ruim 7.000 in 1967, 5.000 in 1970, 2.000 in 1978 en een kleine 800 in 1989.[1705] Met andere woorden: de capaciteitsgroei van de intramurale instellingen voor zwakzinnigen ging gepaard met een afname van hun aantal in psychiatrische inrichtingen. Tot omstreeks 1970 lijkt het aantal zwakzinnigen in inrichtingen – of dit nu een zwakzinnigeninrichting of een psychiatrische inrichting betrof – tamelijk constant te zijn gebleven op een niveau van ongeveer 22.000. Pas daarna zette een substantiële stijging in, terwijl het aandeel van de psychiatrische inrichtingen tot een te verwaarlozen omvang terugliep. Of deze afname hoofdzakelijk op het conto komt van een restrictiever opnamebeleid in combinatie met het natuurlijk verloop door sterfte, dan wel van een actiever ontslagbeleid en eventueel de overplaatsing van zwakzinnigen naar zwakzinnigeninrichtingen, valt bij de huidige stand van het onderzoek niet aan te geven. Het netto effect was in ieder geval dat er vanaf eind jaren vijftig in de psychiatrische inrichtingen extra ruimte vrijkwam voor geesteszieken. Het was bepaald niet zo dat deze uitkomst als zodanig was gepland en bedoeld. Er was geen gericht beleid maar wel, zoals hierboven reeds aangegeven, een besef van grote urgentie in de naoorlogse periode. De overbevolking en de 'verstopping' van met name de zwakzinnigeninrichtingen en ook het personeelstekort in zowel zwakzinnigen- als psychiatrische inrichtingen gaven reden tot zorg.

3.3.3. *Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting*

[1702] Pas vanaf 1974 vielen ook de dagverblijven en vanaf 1976 de gezinsvervangende tehuizen onder de AWBZ. Tot die tijd bevorderde de AWBZ derhalve vooral de groei van de inrichtingen. Zie Weijers, Tonkens en Mans 1998, 319.

[1703] Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62, 65; Centraal Bureau voor de Statistiek 1952, 56-57; Centraal Bureau voor de Statistiek 1965, 39-40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1968, 32; Centraal Bureau voor de Statistiek 1980, 60; Centraal Bureau voor de Statistiek 2002, 103; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 38-41; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 249-263; Van der Esch 1975-1980, III: 5-6, 52-53, 65.

[1704] De opgaven hebben betrekking op 31 december van de hierboven vermelde jaren. Centraal Bureau voor de Statistiek 1949 (*Statistiek der sociale zorg*), 56 en Centraal Bureau voor de Statistiek 1966 (*Statistiek der sociale zorg*), 47. Het jaar 1963 is het laatste jaar waarover de *Statistiek der sociale zorg* rapporteert. Centraal Bureau voor de Statistiek 1968 (*Statistisch zakboek*), 32; Centraal Bureau voor de Statistiek 1977, 51; Centraal Bureau voor de Statistiek 1986, 95. Centraal Bureau voor de Statistiek 2002 (*Statistisch jaarboek*), 103. Vergelijk Ten Horn 1997, 134, 136.

[1705] Zie Klapwijk 1991, 109.

Terwijl de externe differentiatie op het gebied van de intramurale zwakzinnigenzorg vanaf de jaren vijftig in omvang van grote betekenis was, bleven de aparte voorzieningen voor epileptici, alcoholisten, zenuwzieken en 'psychisch gestoorde bejaarden' relatief bescheiden in aantal en omvang. De voorzieningen voor 'psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten' gaven een naar verhouding grotere uitbreiding te zien.[1706] Voorts nam het aantal psychiatrische universiteitsklinieken met twee toe, kreeg een toenemend aantal algemene ziekenhuizen 'aangewezen afdelingen' voor psychiatrie en kwamen er zogenoemde sluisinternaten. De eerste poliklinieken van psychiatrische inrichtingen, het eerste psychiatrisch dagziekenhuis en de eerste kinderpsychiatrische kliniek dateren eveneens uit deze periode.

Het aantal inrichtingen voor epileptici steeg in de naoorlogse periode van 5 naar 8. De drie nieuwkomers - alle van katholieke signatuur - waren de epilepsiekliniek De Klokkenberg te Breda, St. Anna te Heel en Kempenhaeghe te Heeze (Noord-Brabant). Tezamen met het al bestaande Huize Providentia te Sterksel kwam het aantal Rooms-katholieke inrichtingen daarmee op 4. In de samenstelling van de protestants-christelijke sector (Bethesda Sarepta te Haarlem; Meer en Bosch en de Koningin Emma-Kliniek te Heemstede) en de algemene sector (Alexander van der Leeuwkliniek te Amsterdam) trad geen wijziging op.[1707] De diverse edities van de *Gids* maken geen melding van de capaciteit van deze inrichtingen. Die zal al met al bescheiden zijn geweest. Volgens de *Gids* van 1965 waren veel epileptici opgenomen in psychiatrische inrichtingen, ondanks het streven om hen te verplegen in aparte instellingen met aangepaste onderzoeks- en behandelingmogelijkheden.[1708]

Het aantal sanatoria voor alcoholisten daalde van 4 in de vooroorlogse periode naar uiteindelijk 2 per 1965.[1709] Van de vooroorlogse sanatoria waren alleen het neutrale sanatorium Hoog-Hullen te Eelde en het door de Nederlandse Christen-Vrouwen Geheel-Onthouders Unie beheerde Huize Henriëtte te Apeldoorn nog over. Daarnaast kregen de consultatiebureaus voor alcoholisme te Amsterdam en te Rotterdam een klinische afdeling voor alcoholisten en andere verslavingsziekten (1960) respectievelijk een kliniek voor verslavingsziekten (1961).[1710] Voor niet-psychotische alcoholisten bleef het accent echter op de ambulante zorg liggen. Psychotische alcoholisten werden, aldus de *Gids* van 1965, als regel in psychiatrische inrichtingen verpleegd en behandeld. In dezelfde *Gids* staan 16 inrichtingen voor psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten vermeld, waarover meer in de paragraaf 'forensische psychiatrie'.

Het bestand aan neurosesanatoria of -klinieken – de benaming sanatorium voor zenuwlijders raakte geleidelijk in onbruik[1711] – onderging in de twee decennia na de

---

[1706] 'Psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten' en ook 'psychisch gestoorde bejaarden' waren de in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland* uit 1965 gebruikte aanduidingen. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 48 respectievelijk 14.

[1707] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 43-44.

[1708] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 43-44.

[1709] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 57-58. Zie ook Van der Stel 1995, 347-350.

[1710] Van der Stel 1995, 349. De *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland* van 1965 maakt geen melding van de capaciteit van sanatoria voor alcoholisten en de klinieken voor verslavingsziekten. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a.

[1711] Het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist werd in 1951 omgedoopt tot Christelijk Sanatorium voor Zenuwzieken. Hrachovec en Hutschemaekers 1993, 16.

oorlog een aantal vernieuwingen en wijzigingen. Nieuwe instellingen waren het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz (1946-1964), Veluweland (1949) te Ederveen en De Viersprong (1957) te Halsteren. Alle drie instellingen boden klinische psychotherapie en pasten de principes van de therapeutische gemeenschap (TG) toe, waarover later meer. Het Militair Neurose Hospitaal, dat aanvankelijk was opgezet voor KNIL-soldaten en Indiëgangers, nam later ook andere dienstplichtigen en beroepsmilitairen op.[1712] Veluweland was de privé-kliniek van de psychiater G.W. Arendsen Hein, die in de tweede helft van de jaren vijftig daarin een 'sociotherapeutische gemeenschap' opzette.[1713] Na Veluweland was de Viersprong – opgericht door de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland, die ook de psychiatrische inrichting Vrederust (1909) beheerde – het volgende neurosesanatorium dat als TG ging functioneren.[1714] Behalve de 3 nieuwe neurosesanatoria of –klinieken (of 2 na de opheffing van het Militair Neurose Hospitaal in 1964) vermeldden de latere edities van de *Gids* nog slechts 3 vooroorlogse sanatoria: Sanatorium Boschrust te Apeldoorn, Kliniek en Sanatorium Berkenoord te Nijmegen en het Christelijk Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist.[1715] Rhijngeest was in 1950 een psychiatrische universiteitskliniek geworden en daarmee in een andere rubriek van de *Gids* terechtgekomen. In 1965 bedroeg de gezamenlijke capaciteit van deze 3 oude en de 2 nog bestaande naoorlogse neurosesanatoria 375 plaatsen, waarvan 195 in het Christelijk Sanatorium te Zeist. De omvang van de andere 5 sanatoria lag tussen de 24 (Veluweland) en de 67 plaatsen (Boschrust). Overigens vond de klinische behandeling van neurosen niet alleen plaats in deze zelfstandig functionerende neuroseklinieken, maar ook in doorgaans apart gehuisveste, bij psychiatrische inrichtingen behorende 'sanatoria', in enkele grotere 'aangewezen' inrichtingen, in psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.[1716]

Zoals eerder aangegeven begon zich in de loop van de jaren vijftig een nieuwe vorm van externe differentiatie af te tekenen, toen ook tehuizen of inrichtingen voor 'psychisch gestoorde bejaarden' deel gingen uitmaken van de in de *Gids* opgenomen instellingen. Zo maakte de *Gids* van 1958 melding van 7 van dergelijke tehuizen, terwijl de *Gids* van 1965 al een lijst bevatte van 22 inrichtingen voor psychisch gestoorde bejaarden met een totale capaciteit van 2.000 plaatsen.[1717] Het aantal bedden in psychogeriatrische verpleeghuizen steeg van 900 in 1961 naar bijna 18.000 in 1980.[1718] De AWBZ maakte deze ontwikkeling financieel mogelijk. Opname in deze inrichtingen

---

[1712] Hutschemaekers 1990, 39; Bossenbroek 2001, 471-478. Nader historisch onderzoek naar het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz ontbreekt.
[1713] Snelders 2000, 128-133; De Goei 2007b.
[1714] Zie Gorisse 1997, 72-75; Kerkhoven 1996, 240-241; Mens 2003, 199-203. Nader historisch onderzoek naar de Viersprong ontbreekt. Later opgerichte TG's waren onder meer: De Oosthoek (1966), onderdeel van St. Willibrord te Heiloo, en Amstelland (1969) en Rijnland (1970), afdelingen van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort.
[1715] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 13. De naoorlogse gidsen maken geen melding van herstellingsoorden. Hutschemaekers noemt voor het jaar 1990 een aantal van 18 herstellingsoorden met een capaciteit van 617 bedden. Zie Hutschemaekers 1990, 39.
[1716] Zie 2.2.2. De aangewezen of sanatoriumafdeling en bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
[1717] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 131-132; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 14-16.
[1718] Robben 1993, 1206.

vond doorgaans plaats op indicatie van gemeentelijke GG en GDen dan wel van Sociaal-Psychiatrische Diensten. Het effect van deze vorm van externe differentiatie bestond er aanvankelijk uit dat het aantal nieuw opgenomen 70-plussers in psychiatrische ziekenhuizen relatief gezien daalde. Het aandeel van 70-plussers in psychiatrische ziekenhuizen zou evenwel nog tot 1980 aanmerkelijk stijgen - van bijna 14 procent in 1950 tot tegen de 26 procent in 1980 – om pas daarna te omlaag gaan naar ruim 20 procent in 1998. De veroudering van de inrichtingsbevolking was het gevolg van het ouder worden van de chronische patiënten. Dankzij een betere voeding en meer aandacht voor de lichamelijke gezondheidstoestand nam de sterfte onder oudere patiënten af.[1719]

Aan de vooroorlogse lijst van vier psychiatrisch-neurologische universiteitsklinieken (Amsterdam GU en VU, Utrecht en Groningen) kon kort na de oorlog (1945) die van de Katholieke Universiteit Nijmegen worden toegevoegd.[1720] In 1950 volgde het bij die gelegenheid tot Jelgersmakliniek omgedoopte Rhijngeest, toen dit sanatorium van de gemeente Leiden geheel ter beschikking was gekomen van het Rijk.[1721] De gezamenlijke capaciteit van de zes universiteitsklinieken kwam in 1965 op 676 bedden. Gelieerd aan de Leidse universitaire psychiatrie was de in 1955 opgerichte kinderpsychiatrische kliniek Curium te Oegstgeest.[1722]

Voorts staan vanaf 1958 in de *Gids* een toenemend aantal 'aangewezen afdelingen' van algemene ziekenhuizen geregistreerd: 2 in 1958 en 7 in 1965.[1723] De capaciteit van deze 7 aangewezen afdelingen tezamen bedroeg ruim 270 bedden. Het ging om psychiatrische afdelingen, PAAZ'en die waren aangewezen in de zin van de Krankzinnigenwet, hetgeen onder meer betekende dat gemeenten in het kader van de in 1929 herziene Armenwet gehouden waren de verpleegkosten van on- en minvermogende ingezetenen te betalen.[1724] Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid waren er in 1969 in ons land 13 algemene ziekenhuizen met aangewezen psychiatrische afdelingen. Daarnaast bestond er een groter aantal - vermoedelijk 25 - niet-aangewezen psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De totale capaciteit van al deze psychiatrische afdelingen, rond 1.600 bedden, was vergeleken met de psychiatrische inrichtingen niet groot, maar zij namen relatief een groot aantal, vooral kortdurende opnamen, voor hun rekening. De groei van het aantal PAAZ'en, die vanaf de jaren vijftig op gang kwam, hing samen met het streven van sommige psychiaters naar een alternatief voor de psychiatrische inrichting, die nog altijd met een negatieve beeldvorming kampte, met name ten behoeve van patiënten die een relatief kortdurende behandeling zouden behoeven. Ook de binnen de psychiatrische

---

[1719] Robben 2002, 159.

[1720] Dit was de Psychiatrisch-neurologische kliniek Brakkenstein, een dépendance van het R.K. St. Canisius-Ziekenhuis.

[1721] Rooijmans 1998, 70. Tot 1950 behoorde Rhijngeest, het sanatorium voor zenuwlijders te Oegstgeest, aan de gemeente Leiden.

[1722] De Goei, Van 't Hof en Hutschemaekers 1995.

[1723] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 130-131; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 12. Het betrof in 1958: het Gemeenteziekenhuis te Arnhem en de psychiatrisch-neurologische kliniek Brakkenstein van het St. Canisiusziekenhuis te Nijmegen. En in 1965: De Lichtenberg te Amersfoort, het Gemeenteziekenhuis te Arnhem, het St. Josefziekenhuis te Heerlen, het St. Canisiusziekenhuis en Kliniek Brakkestein [sic] te Nijmegen, de St. Antoniushove te Voorburg en het Algemeen Ziekenhuis te Winterswijk.

[1724] Zie 2.2.2. over de aangewezen of sanatoriumafdeling.

beroepsgroep levende wens om hun vak in de algemene geneeskunde te integreren, deels op basis van een uitgesproken psychosomatische benadering, lijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld.[1725]

Het aanbod aan psychiatrische voorzieningen toonde nog meer vernieuwingen, zij het vooralsnog op bescheiden schaal. Zo had de Rotterdamse psychiatrische inrichting Maasoord te Poortugaal in 1953 de Nederlandse primeur met de oprichting van een eigen polikliniek. Het duurde vervolgens tot begin jaren zestig eer meer van dergelijke initiatieven tot stand kwamen. In de jaren 1962-1965 kregen ook Dennenoord te Zuidlaren, Licht en Kracht te Assen en Zon en Schild te Amersfoort poliklinieken.[1726] Voor herstelde patiënten die steun behoefden bij hun terugkeer in de maatschappij kwamen rond 1960 in samenwerking met Sociaal-Psychiatrische Diensten zogenaamde sluisinternaten tot stand. Dit waren kleinschalige voorzieningen en hun aantal nam tussen 1962 en 1965 toe van 3 tot 7.[1727] Een laatste, vanuit een psychiatrische inrichting geïnitieerde toevoeging aan de voorzieningen voor psychiatrische patiënten betrof - naar Engels voorbeeld - de oprichting in 1961 van het eerste Nederlandse psychiatrische dagziekenhuis Welgelegen te Velp, uitgaande van de psychiatrische inrichting Wolfheze te Wolfheze.[1728]

Samengevat laten de jaren vijftig en vroege jaren zestig een uitbouw van het assortiment aan intramurale instellingen zien. Enerzijds bestond deze uit de interne uitbreiding of aanpassing van psychiatrische inrichtingen - zoals de bouw van nieuwe paviljoens of therapieruimtes - en uit de totstandkoming van aan inrichtingen gelieerde of daarop aansluitende voorzieningen zoals poliklinieken, sluisinternaten en een psychiatrisch dagziekenhuis. Anderzijds bestond de expansie uit de groei van aparte intramurale voorzieningen voor groepen patiënten met een specifieke problematiek en uit een toename van psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De veruit grootste expansie deed zich voor op het gebied van de zwakzinnigenzorg. In de psychiatrische inrichtingen was het effect hiervan al spoedig merkbaar: reeds in de jaren zestig liep het aantal zwakzinnigen daarin sterk terug. Eenzelfde proces zou zich later op het gebied van de zorg voor psychisch gestoorde bejaarden voltrekken. Wat dit alles betekende voor het feitelijke functioneren van de psychiatrische inrichtingen en wat, naar het oordeel van zenuwartsen, temidden van al deze voorzieningen de plaats en de taken van de psychiatrische inrichting zouden moeten zijn, komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

[1725] Kruisinga 1970, 42; Valk 1964, 397; Vos 2007b, 136-140; zie ook: Studiecommissie Psychiatrische afdelingen 1959, 151-156.

[1726] Zie over Dennenoord: Vlaanderen 1984, 305. Zie over Licht en Kracht en Zon en Schild: Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 6.

[1727] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 198; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 17.

[1728] Kerkhoven 1996, 233; Vijselaar 2007c, 217. Zie over het instituut *day-hospital* in Engeland: Shorter 1997, 229-236.

3.4. Zorg in de psychiatrische inrichting

3.4.1. *De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking*[1729]

Cijfermatige gegevens over de bevolking van de krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen zijn voor de hier behandelde periode slechts in beperkte mate voorhanden. Na het laatst verschenen verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten over het jaar 1936, duurde het geruime tijd eer de Inspectie kwantitatieve overzichten – onder andere over de jaren 1954 en 1955 - publiceerde.[1730] Daarnaast beschikken we over de jaarlijks door het Centraal Bureau voor de Statistiek, op basis van gegevens van de Inspectie, gepubliceerde cijfers over de omvang van de inrichtingsbevolking.[1731] Voorts heeft R.P. Baarda op grond van ongepubliceerd statistisch materiaal van de afdeling Bijzonder Onderzoek van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een eveneens ongepubliceerd overzicht samengesteld dat per jaar voor de periode 1945 tot en met 1975 behalve de omvang van de inrichtingsbevolking ook het aantal opnemingen, ontslagen en overleden patiënten vermeldt.[1732]

Zoals hierboven, bij de bespreking van de naoorlogse ontwikkeling van de capaciteit van de gestichten en inrichtingen, reeds duidelijk werd, bereikte de inrichtingsbevolking - die van de zwakzinnigeninrichtingen niet meegeteld - in de loop van 1950 het vooroorlogse niveau van ongeveer 25.000. Dat was ongeveer 4.000 meer dan in begin 1946. Na 1950 zette de stijging nog door tot begin 1956, toen de inrichtingsbevolking op ongeveer 28.000 uitkwam, waarna een geleidelijke daling inzette naar ruim 27.000 begin 1960 en ongeveer 26.500 begin 1966.[1733] Gedurende de hele periode overtrof het aantal vrouwelijke patiënten dat van de mannelijke met tussen 200 en 600.[1734] Het aantal patiënten in gezinsverpleging liep tussen 1946 en 1955 op van bijna 400 naar ruim 700.[1735] Relatief gezien steeg het aantal in psychiatrische inrichtingen verpleegden van 2,3 promille van de totale bevolking in 1946 naar 2,5 promille in 1950 en 2,6 promille in 1955, om daarna geleidelijk te dalen naar 2,4 promille in 1960 en 2,2 promille in 1965.[1736] Deze dalende lijn zou zich ook in de jaren daarna voortzetten. In hoeverre deze daling op het conto valt te schrijven van de veranderende samenstelling van de inrichtingsbevolking ten gevolge van de expansie en verzelfstandiging van de intramurale sector voor de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatrie, verdient nog nader onderzoek. Zoveel is wel duidelijk dat alleen al de eerder gesignaleerde toename van de bevolking van de zwakzinnigeninrichtingen van 5.500 eind 1949 naar tussen 11.000 en

---

[1729] Kortheidshalve gebruiken wij hier de term inrichtingsbevolking. De correcte benaming zou zijn: de bevolking in gestichten en psychiatrische inrichtingen. De bevolking van de zwakzinnigeninrichtingen is hier buiten beschouwing gelaten.

[1730] Piebenga 1956, 401-412. Systematisch onderzoek naar naoorlogse publicaties van de Inspectie in *Het ziekenhuiswezen* is achterwege gebleven.

[1731] Zie over het gebrek aan cijfermatige gegevens ook: Valk 1964, 397.

[1732] Baarda 1986, 82. Zie ook bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000.

[1733] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000.

[1734] Centraal Bureau voor de Statistiek 1957, 45.

[1735] Piebenga 1956, 401.

[1736] Ontleend aan Baarda 1986, 83.

14.000 eind 1963 de daling van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen relativeert en ruimschoots ‘compenseert’. [1737] Bij elkaar opgeteld kwamen de beide intramurale sectoren immers eind 1963, begin 1964 uit op een bevolking van ten minste 37.000, hetgeen neerkomt op ruim 3 promille van de totale Nederlandse bevolking. Dit promillage komt overeen met het vooroorlogse promillage uit 1939.[1738]

De opnamecijfers vertonen, behoudens de jaren 1951-1952 en 1956-1957, een continu stijgende tendens: van ongeveer 6.500 in 1945 naar 8.600 in 1950, 8.700 in 1955, ruim 9.100 in 1960 en bijna 11.000 in 1965.[1739] Deze cijfers ondersteunen het in de historiografie gangbare beeld dat het aantal opnamen in de loop van de jaren vijftig dankzij de nieuwe psychofarmaca eerder toe- dan afnam, zij het dat de stijging zich door het tekort aan verplegenden met enige vertraging manifesteerde.[1740] Door de komst van de psychofarmaca zou niet alleen de omloopsnelheid van de groep kort verblijvende patiënten, maar ook het aantal heropnamen zijn vergroot.[1741] Toch is hierbij enige relativering op zijn plaats. Volgens de economisch directeur van de Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland, J.A. Valk, liepen de rond 9.200 opnamen uit 1960 over hooguit 2.000 van de circa 25.000 bedden.[1742] Het ging om bedden die op ‘klinische afdelingen’, dat wil zeggen observatie-afdelingen, stonden. Valk concludeerde hieruit dat meer dan 90 procent van de patiënten 'voor langere tijd of voor levenslang' in de inrichtingen verbleef. Cijfers over eind 1962 wezen volgens hem in diezelfde richting: van elke 100 patiënten in psychiatrische inrichtingen waren er 21 'oligophrenen' en 42 'schizophrenen' terwijl de rest andere diagnosen had. Op datzelfde tijdstip verbleef 68 procent van de patiënten in de Noord-Hollandse inrichtingen daar langer dan vijf jaar.

Ook de ontslagcijfers (exclusief overledenen) laten een vrijwel continu oplopende lijn zien: van 4.000 in 1945 en ruim 4.900 in 1946 naar ruim 5.900 in 1950, ruim 6.500 in 1955, ongeveer 7.800 in 1960 en ruim 9.500 in 1965.[1743] De sterftecijfers vertoonden, na een piek in 1945 van ruim 3.600, een tijdelijke daling naar ruim 1.600 in 1946 en ruim 1.800 in de jaren 1946-1948, waarna ze tot en met 1957 tussen de 2.200 en ruim 2.000 bedroegen, om daarna weer onder de 2.000 uit te komen, met in 1965 ruim 1.600 sterfgevallen.[1744] In zijn verslag over de jaren 1954 en 1955 merkte hoofdinspecteur Piebenga met betrekking tot de gestegen ontslagcijfers op dat dit

> een bijzonder verheugend verschijnsel is, omdat het er onmiskenbaar op wijst, dat door de nieuwe genees- en verpleegmethoden, waarbij naast de largactil en serpasilkuren, de nog steeds op hoger peil komende actievere therapie met ere mag worden genoemd en mede door de steeds efficienter werkende sociaal-

---

[1737] Zie 3.3.2. Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging.
[1738] Zie 2.3.2. De gestichts- en inrichtingsbevolking en gegevens in bijlagen 5a en 5b.
[1739] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000.
[1740] Zie 3.4.7. Het verpleegsterstekort.
[1741] Valk 1964, 397.
[1742] De rond 9.200 opnamen die Valk vermeldt voor 1960 zijn iets hoger dan het in bijlage 5b vermelde, aan Baarda ontleende opnamecijfer van 9.122. Zie Baarda 1986, 82.
[1743] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000.
[1744] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-2000.

psychiatrische diensten, de herplaatsing van patiënten in de maatschappij voortdurend toeneemt.[1745]

Het is ook mogelijk om het aantal nieuw opgenomen en het aantal ontslagen patiënten (dus exclusief de in de inrichting overleden patiënten) met elkaar te vergelijken en in een 'doorstromingsgetal' uit te drukken. In 1949 was het doorstromingsgetal 64 procent, 'groter dan ooit tevoren' volgens de toenmalige inspecteur Pameijer.[1746] Begin jaren vijftig liep het doorstromingsgetal verder op tot 74 procent in 1955. Het doorstromingsgetal van mannelijke en vrouwelijke patiënten verschilde aanmerkelijk van elkaar: in 1949 bij de mannen 60 procent en bij de vrouwen 68 procent; in de jaren 1953-1955 bij mannen gemiddeld 68 procent en bij vrouwen 74 procent.[1747] Het is uiteraard een grove maat, waarin niet is verdisconteerd om welke patiënten het ging, bijvoorbeeld in termen van diagnose en leeftijd, of het een heropname betrof, en de duur van de opname.

Over de leeftijd van de in psychiatrische inrichtingen verpleegden zijn enkele gegevens beschikbaar. Piebenga wierp de vraag op of het aandeel van de bejaarde patiënten was toegenomen, zowel van de reeds opgenomen als van de nieuw opgenomen patiënten. Een vergelijking tussen de jaren 1941 en 1955 levert het volgende op. Op het totale bestand bleek het aandeel van de 60- tot en met 69-jarigen nauwelijks te zijn toegenomen, van bijna 16 tot bijna 17 procent. Het aandeel van de patiënten van 70 jaar en ouder was sterker gegroeid, van tegen de 11 tot ruim 17 procent. Bij elkaar opgeteld kwam dit op percentages van respectievelijk ruim 26 en bijna 34 – een onmiskenbare stijging. Bij de nieuwe opnamen was het verschil tussen deze jaren minder groot: voor de hele groep van 60 jaar en ouder bedroegen de percentages ruim 30.[1748] Piebenga opperde dat de oprichting van aparte inrichtingen voor een bepaalde categorie geestelijk gestoorde ouderen een eind zouden kunnen maken aan deze groei.[1749] Zoals wij hiervoor al aangaven, zou dit proces inderdaad vanaf eind jaren vijftig op gang komen.

Medio jaren vijftig, toen het aantal patiënten in de psychiatrische inrichtingen het hoogste punt had bereikt, was er sprake van overbevolking van de inrichtingen. Per 31 december 1955 bedroeg het wettelijk maximum voor alle inrichtingen tezamen zo’n 24.600 patiënten, maar waren er ruim 3.000 patiënten méér opgenomen. De gemiddelde overbezetting beliep ruim 12 procent. Daar stond tegenover dat een aantal inrichtingen het wettelijk maximum niet benutte vanwege het personeelstekort. Zo lag de bezetting van Duin en Bosch eind 1955 ruim 200 beneden het wettelijk maximum van ruim 1.000.[1750]

[1745] Piebenga 1956, 406. De door Piebenga voor 1954 en 1955 genoemde cijfers wijken enigszins af van de door Baarda opgevoerde en voor bijlage 5b benutte cijfers.
[1746] Piebenga 1951, 357. Piebenga haalt in dit artikel Pameijer aan. Volgens de in bijlage 5b opgevoerde cijfers zou het ‘doorstromingsgetal’ op 68 procent uitkomen.
[1747] Piebenga 1951, 357.
[1748] Piebenga 1956, 406 en 408. In de jaren 1941, 1948, 1954 en 1955 waren de opnamepercentages van 60-69-jarigen respectievelijk 13, 12,1, 12,1 en 12,1 en van 70 jaar en ouder respectievelijk 17,5, 17,1, 20,5 en 30,9.
[1749] Piebenga 1956, 408. Piebenga pleitte hier trouwens al in 1951 voor, toen hij nog geneesheer-directeur was van de Deventer instellingen het St. Elisabeths Gasthuis en Brinkgreven. Zie: Piebenga 1951, 358.
[1750] Piebenga 1956, 401.

3.4.2. *De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting*

Reeds voor de introductie van de nieuwe psychofarmaca (vanaf 1952) plaatsten psychiaters de toekomst van de psychiatrische inrichting op de agenda.[1751] Zowel de Inspectie als geneesheren-directeur van inrichtingen en later ook elders werkzame zenuwartsen lieten in vakbladen hun licht schijnen op het functioneren van de inrichting en de problemen die zich daarbij voordeden, om vervolgens aan te geven waar het naar hun idee met deze instelling heenging of zou moeten gaan. Het bestaansrecht ervan stond niet ter discussie. Hooguit reflecteerde een enkele psychiater terloops op haar overlevingskansen – aanvankelijk vanuit het perspectief van de ingekrompen inrichtingsbevolking en het op haar rustende odium, later vanuit een perspectief van externe differentiatie waarbij uiteindelijk voor de inrichting geen enkele taak meer zou overblijven.[1752] Dit waren echter uitzonderingen. Het ging er veeleer om de positie van de psychiatrische inrichting ten opzichte van andere voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg te bepalen en lijnen naar de toekomst uit te stippelen. De discussies in de vakbladen in de naoorlogse periode verschillen in zoverre van die uit het interbellum dat de vraag of Nederland gekker werd niet meer aan de orde kwam. Zeker, het (vermeende) geestelijk verval van de bevolking was een bron van zorg, maar dit verval kreeg een bredere betekenis dan geestesziekte.[1753] Ook bestond er blijkbaar minder dan voorheen ongerustheid over de kostenstijgingen in de inrichtingszorg, terwijl die zich wel degelijk voordeden. Zo stegen de kosten van een jaar verpleging van ongeveer 800 gulden aan het eind van de jaren dertig naar 1.800 gulden begin jaren vijftig, een stijging die overigens grotendeels te wijten was aan inflatie.[1754] Hooguit kwamen in de jaren van wederopbouw en schaarste in algemene zin 'de financiële toestand' van het land en dus ook van de psychiatrische inrichtingen ter sprake.[1755] De Inspectie en de geneesheren-directeur maakten zich vooral zorgen over het aanhoudend tekort aan verplegend personeel en inrichtingsartsen alsook de overbezetting van de psychiatrische inrichtingen. Er was reden te over om zich te bezinnen op oplossingen voor deze problemen.

Meer dan ooit stond het publieke imago van de psychiatrische inrichting centraal – en dat zou voorlopig zo blijven.[1756] Zo bleek uit een begin jaren zestig ter gelegenheid van het 500-jarig bestaan van de Willem Arntsz Stichting gehouden enquête dat respondenten in de buurtschap Den Dolder en de stad Utrecht overwegend negatief oordeelden over de genezingsmogelijkheden van geestelijke stoornissen en de herplaatsing van patiënten in de maatschappij. Ontslagen patiënten zouden een gevaar voor de omgeving vormen. De respondenten oordeelden ietwat positiever over psychiatrische inrichtingen inrichtingen, zij het dat zij de inrichting eerder als een opbergtehuis dan als een ziekenhuis beschouwden.[1757] Ondanks de eerdere transformatie van de traditionele krankzinnigengestichten in psychiatrische inrichtingen met een aangewezen afdeling voor vrijwillige opnamen zonder rechterlijke machtiging waren,

---

[1751] Zie Piebenga 1951. Zie ook: Pameyer 1951; De Smet 1952; Baan 1958; Doff 1958; Van Andel 1960; Hugenholtz 1960; Poslavsky 1983 [1962]; Speijer 1983 [1962]; Valk 1964; Visser 1965; De Smet 1967.
[1752] Respectievelijk Piebenga 1951 en Speijer 1983 [1962].
[1753] Zie 3.5. en 3.6. over geestelijke volksgezondheid.
[1754] Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 25.
[1755] Piebenga 1951, 357.
[1756] Zie Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland 1965. Zie ook 3.4.7. Het verpleegsterstekort.
[1757] Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962.

zoals Piebenga in 1951 opmerkte, geesteszieken en inrichtingen nog altijd behept met een stigma.[1758] Gegeven de krappe arbeidsmarkt en de schaarse middelen leek het van belang om in ieder geval aan potentiële werknemers, maar ook aan leken in het algemeen duidelijk te maken hoezeer de moderne psychiatrische inrichting zich van het oude krankzinnigengesticht onderscheidde. Met name de actievere therapie, de nazorg en de nieuwe kuur- en shockbehandelingen hadden, aldus Piebenga, veel ten goede veranderd. De actievere therapie en de daaruit voortvloeiende behandelingen hadden de sfeer in de inrichtingen 'zeer belangrijk verbeterd'.

> De ontspanningstherapie, de culturele therapie, de bewegingstherapie, die zich onder invloed van de actievere therapie gingen ontwikkelen, waardoor 't langzamerhand mogelijk is geworden om te spreken van sociale therapie of nog liever van milieu-therapie, werken tot deze gunstige wending in niet geringe mate mee.[1759]

Dat onder invloed van de actievere therapie en de nieuwe geneesmethoden en ook dankzij de uitbreiding van de nazorg de ontslagfrequentie was toegenomen, stemde eveneens tot tevredenheid. De psychiatrische inrichting zou een waarlijk 'geneeskundige inrichting' zijn geworden, 'een ziekenhuis voor geesteszieken, waar verpleging en behandeling van zieken worden toegepast'.[1760] Piebenga deed hier nog een schepje bovenop door, mede als reactie op het toenemend aantal psychiatrische afdelingen van 'gewone' ziekenhuizen, erop te wijzen dat alleen de inrichting beschikte over 'een zeer specifiek apparaat, dat noodzakelijk is voor een allround behandeling en verpleging van geesteszieken.' Daarmee doelde hij in het bijzonder op de voor de behandeling van geesteszieken onmisbaar te achten 'sociale therapie' of 'milieu-behandeling' met veel aandacht voor opvoedende elementen – de gestichtsgemeenschap als 'kleine maatschappij'.[1761] Piebenga wees er op dat H. Simon en Van der Scheer hadden aangetoond dat 'bij de behandeling van geesteszieken van welke aard ook, de opvoedende factoren voor de socialisering van doorslaggevende betekenis zijn'. Vrijgevestigde zenuwartsen en inrichtingspsychiaters zouden volgens Piebenga tot een zekere arbeidsverdeling moeten komen 'waarbij uiteraard slechts het belang van de zieken richtsnoer mag zijn'.[1762] Tot besluit somde hij nog een aantal voorwaarden op waaraan de inrichting moest voldoen wilde zij zich in de toekomst tot het 'ziekenhuis voor geesteszieken par excellence' kunnen ontwikkelen: tijdige bijbouw (ook van eenvoudige verpleegpaviljoens), volledig opgeleide en dienovereenkomstig gehonoreerde zenuwartsen, meer vrouwelijk verplegend personeel (voorlichting), opvoering van de milieubehandeling, en de mogelijkheid om alle therapeutische methoden in de inrichting toe te passen.

Welbeschouwd bevatte Piebenga's uiteenzetting geen nieuwe visie op de psychiatrische inrichting. Integendeel: de inrichtingspsychiatrie was volgens hem in principe op de goede weg. Het concept van de inrichting als 'kleine maatschappij' had zijn

---

[1758] Piebenga 1951, 356. Vergelijk veertien jaar later: Swarte et al. 1965.
[1759] Piebenga 1951, 357.
[1760] Piebenga 1951, 356.
[1761] Piebenga 1951, 360.
[1762] Piebenga 1951, 360-361.

waarde bewezen en zij behoefde alleen nog maar aan een aantal praktische voorwaarden te voldoen om optimaal te functioneren. Van externe differentiatie – volwassen zwakzinnigen in aparte inrichtingen onderbrengen – wilde hij niet weten.[1763] Alleen interne differentiatie – aparte, eenvoudige verpleegpaviljoens voor bejaarde patiënten – leek hem een goed idee. Wel school er, zoals Piebenga liet doorschemeren, een addertje onder het gras: er was sprake van beginnende concurrentie van de kant van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Deze leken aan het vanzelfsprekende monopolie van de psychiatrische inrichting te tornen.

Ten tijde van Piebenga's beschouwing hadden de nieuwe psychofarmaca nog niet hun intrede gedaan in de psychiatrische inrichtingen. Het zou tot begin jaren zestig duren eer de toekomst van de inrichting opnieuw nadrukkelijk aan de orde werd gesteld, al had het in de voorafgaande jaren bepaald niet ontbroken aan beschouwingen en discussies over haar positie. Inmiddels was de financiële situatie toen minder benard. Het einde van het personeelstekort was evenwel nog niet in zicht. De psychofarmaca hadden, naar hierna nog zal blijken, voor meer rust in de inrichting gezorgd en de mogelijkheden voor ontslag vergroot. De voor- en nazorg was uitgebreid, op een paar uitzonderingen na onafhankelijk van de inrichtingen komen te staan en sedert 1961 georganiseerd in Sociaal-Psychiatrische Diensten.[1764] Tevens begon zich een daling af te tekenen van het aantal zwakzinnigen in de psychiatrische inrichtingen dankzij de sterk gegroeide en nog steeds groeiende capaciteit van zwakzinnigeninrichtingen. Ook anderszins was het aanbod aan alternatieve en wellicht concurrerende voorzieningen – zoals de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen – toegenomen.

Inmiddels was er tot op zekere hoogte sprake van een nieuwe visie op de psychiatrische inrichting. Ten eerste werd haar minder dan voorheen als vanzelfsprekend de centrale plaats toebedacht in de geestelijke gezondheidszorg. Zo typeerde inspecteur J.E. Dolk in 1956 het verblijf in een inrichting als 'een *fase*' en de inrichting zelf als een '*schakel*, niet meer maar ook niet minder, op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg'.[1765] In datzelfde jaar etaleerde Kraus in een rede op een congres van de NFGV drie verschillende visies op de psychiatrische inrichting, waaronder die van Dolk.

> Men kan de inrichtingen zien als centrale punten, van waaruit de sociale werkzaamheden worden gedaan en georganiseerd, men kan ze zien als een belangrijke schakel in de gehele keten van de geestelijke gezondheidszorg, men kan ze zien als een uiterste hulpmiddel, dat buiten het geheel staat.

[1763] Piebenga was er als geneesheer-directeur van Brinkgreven niet voor om volwassen zwakzinnigen in aparte inrichtingen onder te brengen omdat hij ze van grote betekenis achtte voor deze 'kleine maatschappij'. Inspecteur Pameijer liet tijdens de discussie weten wél voorstander te zijn van aparte voorzieningen voor deze groep. Piebenga 1951, 358 en 362-363. Ook als hoofdinspecteur sprak Piebenga zich in 1957 uit voor handhaving van volwassen zwakzinnigen in de psychiatrische inrichting. Zie Tonkens 1999, 88. Piebenga hoopte hiermee tegenwicht te bieden aan collega's die voorstander waren van opname van volwassen zwakzinnigen in zwakzinnigeninrichtingen. In 1955 was het overgrote deel van de bevolking van de zwakzinnigengestichten beneden de 40 jaar, van wie ongeveer de helft beneden de 14 jaar. Zie Piebenga 1956, 408-411.

[1764] Zie 3.7.2. Voor- en nazorg en sociale psychiatrie.

[1765] Dolk 1956, 204. Tijdens het interbellum werden dergelijke ideeën voor het eerst geventileerd, bijvoorbeeld door Van der Scheer. Zie 2.6. Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg.

Howel Kraus zich ervan onthield zijn eigen voorkeur voor één van deze visies kenbaar te maken, liet hij er geen misverstand over bestaan dat ‘de inrichtingen, hoe men het ook ziet, nu eenmaal volstrekt noodzakelijk zijn’. Hij vond het dan ook een hoogst ernstig feit dat er ‘te enenmale *onvoldoende goede inrichtingen* zijn. Men geve zich toch vooral niet over aan de illusie, dat verder doorgevoerde en geperfectioneerde extra-murale activiteiten de inrichtingen voor de eerstvolgende generaties overbodig zullen maken’.[1766] Geneesheer-directeur J. Doff van Dennenoord te Zuidlaren liet zich enkele jaren later op soortgelijke wijze als Dolk uit toen hij aangaf dat de psychiatrische inrichting inmiddels minder gesloten was en ‘als een schakel in de keten van psychiatrische zorg’ fungeerde.[1767] De boodschap was duidelijk: de inrichting was niet langer een gesloten bolwerk, maar een open, naar buiten toe gekeerd instituut dat zich – uiteraard in het belang van patiënten – uitdrukkelijk naast, dus niet tegenover, andere voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg positioneerde.

Desalniettemin viel er halverwege de jaren zestig, toen het begrip psychiatrisch centrum aan populariteit won en reeds enkele inrichtingen zich met deze benaming tooiden, ook een ander geluid te beluisteren.[1768] Zo bepleitte geneesheer-directeur K. Visser van Licht en Kracht te Assen een 'betere onderlinge, rayonsgewijze indeling' waarbij psychiatrische inrichtingen een centrale rol zouden moeten spelen in ‘de psychiatrische zorg in de meest uitgebreide zin van het woord’. Hij benadrukte 'dat binnen het rayon de psychiatrische inrichting dan ook verantwoordelijkheid moet aanvaarden, om al die voorzieningen te scheppen, die nodig zijn’. Voor- en nazorg zouden onttrokken moeten worden aan de Sociaal-Psychiatrische Diensten en weer onder de inrichting dienen te vallen.[1769] Geneesheer-directeur J.P. de Smet van psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo was een soortgelijke opvatting toegedaan, al stelde hij zich iets bescheidener op; de ambulante zorg rekende hij niet tot de verantwoordelijkheden van een psychiatrisch centrum.[1770]

Ten tweede maakten woordvoerders uit de inrichtings- en de sociale psychiatrie systematischer dan voorheen onderscheid tussen de diverse functies van de psychiatrische inrichting. Dat waren aanvankelijk, als vanouds, de behandel- en de verzorgingsfunctie.[1771] Daar kwam rond 1960 een derde functie bij: 'revalidatie', het voorbereiden van patiënten op terugkeer naar de maatschappij.[1772] Zo stelde Doff in 1958 dat de psychiatrische inrichting 'in feite ziekenhuis *én* verpleeginrichting, observatiekliniek *én* revalidatieoord [is], daarnaast bejaardenhuis *én* asyl', met daarbij soms ook nog een ‘neurosen-centrum’ of een tuberculosesanatorium.[1773] Een al te fors accent op de ziekenhuisfunctie droeg volgens hem het gevaar in zich dat de inrichting op zeker moment de chronische patiënten zou afstoten. Sterker nog, naarmate de

---

[1766] Kraus 1956, 223.
[1767] Doff 1958, 349.
[1768] Dat waren, volgens de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* van 1965: psychiatrisch centrum Huize Padua (Boekel) en psychiatrisch centrum ‘St. Willibrord’ (Heiloo). Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke volksgezondheid 1965a.
[1769] Visser 1965, 151-152. Zie voorts Valk 1964.
[1770] De Smet 1967, 325.
[1771] Zie bijvoorbeeld 1.5.4. 'Tot verplegen geroepen' voor discussies over de genezings- en de verplegingsfunctie van het krankzinnigengesticht in de periode rond 1900.
[1772] Zie bijvoorbeeld Doff 1958; Speijer 1983 [1962]. Zie ook Bambang Oetomo 1970.
[1773] Doff 1958, 347.

psychiatrische inrichting meer op een ziekenhuis leek, zou zij minder succesvol zijn ‘in het scheppen van de atmosfeer van wat men dan noemt de therapeutische gemeenschap, waarin het gaat om de vorm der betrekkingen tussen het gehele personeel en de patiënten’.[1774]

N. Speijer, leider van de Sociaal-Psychiatrische Dienst van de GG en GD van Den Haag en buitengewoon lector in de sociale psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Leiden, ging in 1962 in zijn bespiegelingen over de toekomst der psychiatrische inrichtingen nog een stapje verder door te voorspellen dat, mits de maatschappij zou zorgen voor de nodige voorzieningen, over een halve eeuw alle drie functies van psychiatrische inrichtingen grotendeels zouden zijn overgeheveld naar andere instellingen, waardoor inrichtingen dan vrijwel zouden zijn verdwenen.[1775] Hij schilderde een scenario waarin om te beginnen het verzorgingsgedeelte van inrichtingen inkromp door de oprichting van verpleeghuizen voor demente bejaarden en chronisch geestelijk gestoorden, en van aparte voorzieningen voor zwakzinnigen. Daarna zou de afbouw van het revalidatiegedeelte volgen. Hoewel revalidatie eerst nog binnen de psychiatrische inrichting tot ontwikkeling kon komen, zouden beschuttende werkplaatsen en psychiatrische dagziekenhuizen die functie vervolgens overnemen. Alleen het ziekenhuisgedeelte bleef in de voorspelling van Speijer bestaan, al verminderde het aantal inrichtingsbedden door de toename van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de bouw van aparte psychiatrische klinieken.

Hoewel niet iedereen even gelukkig was met deze tijding van de als onheilsprofeet betitelde Speijer, wakkerde zijn visie de discussie over de functies en het functioneren van de psychiatrische inrichting wel verder aan.[1776] Er bleef een zekere spanning bestaan waar het de verhouding tussen behandel-, revalidatie- en verzorgende functies betrof. Enerzijds leek het, mede ter wille van het aanzien van de inrichting, wenselijk de behandel- of ziekenhuisfunctie te versterken. Dat gebeurde in ieder geval door naamsveranderingen: omstreeks 1960 werd een aantal psychiatrische inrichtingen omgedoopt tot psychiatrisch ziekenhuis.[1777] Overigens lieten sommige psychiaters weten dat de nieuwe naamgeving geen recht deed aan de beide andere functies die de psychiatrische 'ziekenhuizen' toch ook vervulden en dienden te vervullen.[1778] Meer overeenstemming was er inmiddels over de wenselijkheid om zwakzinnigen en geestelijk gestoorde ouderen zoveel mogelijk buiten de psychiatrische inrichting onder te brengen. Naast deze vorm van externe differentiatie kregen ook deels nieuwe vormen van interne differentiatie bijval. Behalve dat speciale observatieafdelingen of -klinieken voor nieuwe opnamen inmiddels - uitzonderingen daargelaten[1779] - als een algemeen geldend desideratum golden, vielen ook nieuwe initiatieven op het gebied van de behuizing,

---

[1774] Doff 1958, 348.
[1775] Speijer 1983 [1962], 24.
[1776] Zie De Smet 1967, 322.
[1777] Zo werd Maasoord in 1958, bij de opening van de nieuwe observatiekliniek, omgedoopt tot Deltaziekenhuis. De provinciale ziekenhuizen van Noord-Holland kregen deze benaming overigens al in een eerder stadium, te beginnen met Santpoort – het vroegere Meerenberg - in 1918. De vergelijkbare benaming 'kliniek' werd reeds tijdens het interbellum aangewend voor enkele relatief zelfstandige aangewezen afdelingen van psychiatrische inrichtingen. Vooralsnog iets minder gangbaar was de nieuwe benaming psychiatrisch centrum.
[1778] Zie onder anderen Speijer 1983 [1962], 22; Valk 1964, 397.
[1779] Visser 1965, 151; Vijselaar 1997d, 196 en 207.

behandeling en revalidatie een positief onthaal ten deel. Zo resulteerde een in 1955 door plaatsvervangend geneesheer-directeur van St. Anna te Venray bedacht en door geneesheer-directeur B.J.M. Veraart nader uitgewerkt plan in de totstandkoming van zes kleinschalige wooneenheden - de 'huisjes van Veraart' – met per huisje zestien patiënten.[1780] In Wolfheze kwam enkele jaren later een kleinschaliger initiatief van geneesheer-directeur Van der Drift op het terrein van de inrichting van de grond: het sociotherapeutisch centrum (STC) of de 'huisjes', zoals ze in de wandelgang heetten.[1781] Het STC van Wolfheze werd eind 1961 geopend, bestond aanvankelijk uit 12, later uit 24 dubbele woningen voor ieder zes patiënten, hetgeen neerkwam op ongeveer 300 van de in totaal 800 patiënten van Wolfheze.[1782] Instemmende reacties kregen ook de met psychiatrische inrichtingen gelieerde sluisinternaten, die bedoeld waren om de terugkeer naar de maatschappij in goede banen te leiden, en de vooralsnog schaarse poliklinieken van psychiatrische inrichtingen en het - alweer door Wolfheze opgezette - psychiatrisch dagziekenhuis te Velp.

Niet alleen legden psychiaters inmiddels andere accenten waar het ging om de plaats van de psychiatrische inrichting temidden van andere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en de feitelijke of wenselijke functies van de inrichting, ook vielen reeds in de loop van de jaren vijftig allerlei geluiden te beluisteren die achteraf bezien als voorbodes zijn te beschouwen van wat de kritische of antipsychiatrie vanaf eind jaren zestig verkondigde.[1783] Zo wees Baan, hoogleraar psychiatrie in Groningen, er in 1958 op dat 'het hele samenleven of gebrekkig samenleven mede ziekmakend kan zijn'. Hij bepleitte een andere, 'democratische', benadering van de patiënt als 'mens', waarbij deze 'als gelijkberechtigd wordt gezien, als iemand, die potentieel hetzelfde bezit maar dit onvoldoende ontwikkeld heeft'.[1784] Baan, die deel uitmaakte van de Utrechtse School, beschouwde het principe van persoonlijke verantwoordelijkheid als het centrale principe in de psychiatrie. Het was dan ook zaak dat psychiaters doordrongen tot 'de potentie [van de patiënt] van wél verantwoordelijkheid te kunnen dragen, van wél vrijheid te beleven'. In Baans visie was het 'de maatschappij die vervreemdt, die de psychisch gestoorde van zich afstoot' en viel dienovereenkomstig 'het milieu' te beschouwen als een 'belangrijk therapeuticum'.

> De patiënt mag niet geïsoleerd worden, maar zijn familie moet ook behandeld worden. Er moeten centra komen, waar niet alleen de individuele en

[1780] Vriens 2005, 56; Marlet 2005, 338. Vergelijk Vijselaar 2007c en Vijselaar en De Goei 2007, 259.
[1781] Zie Speijer 1983 [1962], 20; De Smet 1967, 324. Zie over de idee van dergelijke dubbelwoningen eveneens: Doff 1958, 348.
[1782] Vanuit Wolfheze zouden ook sociowoningen in Arnhem worden gerealiseerd. Zie Brinkman 1984, 321, 324; vergelijk Vijselaar 2007c. Het initiatief van Van der Drift vond enige tijd later, zij het in gewijzigde vorm, navolging met onder andere de 'sociowoningen' in de buurt van Santpoort (tegen 1970) en Duin en Bosch (1978). Zie Mens 2003, 186.
[1783] Zie hierover Blok 2004. Vergelijk ook de door Abma en Weijers verkondigde visie over 'de lange jaren zestig', dat wil zeggen de periode 1945-1985. Abma en Weijers 2005, hoofdstuk 6. Zie tevens 4.2.2. De psychiatrie onder vuur, 4.3.3. Democratisering en conflict en 4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme.
[1784] Baan 1958, 344.

groepsbehandeling volgens de moderne psychiatrische ontwikkelingen plaats vindt, maar waar ook in ruime zin ‘community-therapy’ wordt bedreven.[1785]

Hoe dan ook kreeg, zoals hierna nog nader aan de orde zal komen, in de naoorlogse periode het belang van tussenmenselijke verhoudingen, zowel bij het ontstaan van psychiatrische problematiek als bij de behandeling ervan, meer dan voorheen nadruk.[1786]

Voorts pleitten psychiaters herhaaldelijk, in navolging van adviezen van de World Health Organization, voor een bescheidener omvang en een minder geïsoleerde situering - in of dichtbij de stad - van psychiatrische inrichtingen.[1787] Tot slot is vermeldenswaard dat psychiaters met nadruk aandacht vroegen voor de problematiek van chronische patiënten en voor een 'humanisering' van de zorg voor hen.[1788] In dit verband deed het begrip *privacy* zijn intree: het gebrek daaraan zou de ontvankelijkheid voor therapie verzwakken en de idee dat chronische patiënten onbehandelbaar zijn, in de hand werken. Dolk pleitte twee jaar eerder al voor kleine woonvertrekken en slaapzalen; het liefst zag hij dat iedere patiënt over een eigen slaapkamer zou kunnen beschikken. Dit zou de sfeer voor het toepassen van sociotherapie ten goede komen.[1789]

3.4.3. *Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater*

Hoewel de benaming gestichtspsychiater reeds midden jaren dertig opgeld deed, verdween de term gestichtsarts op organisatorisch niveau pas in 1953 toen de aanduiding 'psychiater in dienstverband' hiervoor in de plaats kwam. In de naoorlogse jaren won een nieuwe, als zenuwarts of psychiater geregistreerde generatie artsen aan invloed in de psychiatrische inrichtingen. Stonden in 1940 slechts 58 (40 procent) van de 145 gestichtsartsen ingeschreven in het in 1932 ingestelde Medisch Specialisten Register, na de Tweede Wereldoorlog zou het aantal geregistreerde zenuwartsen in de inrichtingen stijgen naar 116 in 1960. Zij maakten ongeveer de helft uit van de totale medische staf van de psychiatrische inrichtingen.[1790] Tussen de inrichtingen bestonden grote verschillen in de verhouding tussen daarin werkzame geregistreerde zenuwartsen en niet-gespecialiseerde artsen. Enerzijds waren er in 1960 inrichtingen waar vrijwel de gehele medische staf uit zenuwartsen bestond, bijvoorbeeld Santpoort, Veldwijk, het Deltaziekenhuis en Dennenoord. Anderzijds was er een groot aantal andere inrichtingen waar zenuwartsen een kleine minderheid vormden. Zo had Voorburg 3 gespecialiseerde zenuwartsen op een medische staf van 17, Duin en Bosch 4 (van de 13) en St. Servatius één (van de 4).[1791]

Voorts laten de opgaven van de psychiatrische inrichtingen een meer gedifferentieerde stafbezetting zien dan voor de oorlog. Sommige maakten in hun opgave van stafleden onderscheid tussen 'artsen' en 'psychiaters', hetgeen kan wijzen op een uitdrukkelijke onderscheiding tussen de algemeen-medische zorg en de specifiek

---

[1785] Baan 1958, 345.
[1786] Zie naast de eerder aangehaalde auteurs ook Poslavsky 1983 [1962], 6.
[1787] Zie bijvoorbeeld Dolk 1956; Baan 1958; Poslavsky 1983 [1962]; Speijer 1983 [1962].
[1788] Zie bijvoorbeeld Doff 1958; De Smet 1967.
[1789] Zie Doff 1958, 348; Dolk 1956.
[1790] Zie Van Drunen 2004, 22-23 en 32 en 3.1.1. Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties.
[1791] Zie Vlaanderen 1984, 305 en Van Drunen 2004, 36.

psychiatrische zorg en behandeling.[1792] Verder beschikten in 1960 tien inrichtingen - bijna een kwart van het totaal - over een internist en enkele ook over een patholoog-anatoom. Bijna alle inrichtingen hadden inmiddels een klinisch psycholoog in dienst, terwijl in een enkel geval een psychotherapeut (een hiertoe opgeleide arts die niet als zenuwarts stond geregistreerd) was aangesteld. Al voor de oorlog was er een aantal psychologen werkzaam in universitaire psychiatrische klinieken. In 1947 stelde de St. Willibrordusstichting te Heiloo de psycholoog J.J. Dijkhuis aan voor het uitvoeren van psychologische tests ten behoeve van de psychiatrische diagnostiek en de behandeling.[1793] Ook andere inrichtingen namen voor deze taak - relatief kleine aantallen - klinisch psychologen in dienst ter ondersteuning van psychiaters. Niet alle psychiaters waren hiermee even ingenomen. In het jaar dat Dijkhuis zijn werkzaamheden in Heiloo begon, schreef de Nijmeegse hoogleraar psychiatrie Prick in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat psychologen nuttig werk deden op het terrein van studie- en beroepskeuze, leermoeilijkheden, personeelsselectie en arbeidsvraagstukken, maar dat ze onvoldoende gekwalificeerd waren om zich onafhankelijk van artsen met geestes- en zenuwstoornissen bezig te houden.[1794] Vijf jaar later hield P.H. Esser een voordracht voor de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen, *De psycholoog in de Psychiatrische Inrichting*.[1795] Hij wees erop dat psychiaters als 'auch-psychologen' (Van der Horst, E.D. Wiersma, G. Jelgersma, A. Stärcke, J. van Ophuysen en Van der Hoop) voor de oorlog belangrijke bijdragen hadden geleverd aan de psychologie en dat deze als een vanzelfsprekend onderdeel van de psychiatrie gold. Nu deed de omgekeerde situatie zich voor: psychologen betraden het werkterrein van de psychiater. 'Het schijnt een niet te keren mode-richting te zijn!' Psychologen waren hiervoor volgens Esser echter niet toegerust, vooral als ze zich ook met behandeling gingen bezighouden - zij waren immers niet klinisch opgeleid. Hij betwijfelde ook dat psychologen een plaats in de psychiatrie toekwam op grond van hun expertise op het gebied van de statistiek, het experiment en de test. Het was beter dat psychiaters zich in psychotechnische vaardigheden bekwaamden, temeer daar de Rorschach- en Szondi-testen oorspronkelijk door psychiaters ontwikkeld waren. 'Daarom recrutere men in ons land de klinische psycholoog voor de psychiatrische inrichting', zo besloot Esser, 'uit de gelederen van de daartoe zich bekwaamd hebbende psychiaters.' Esser was een roepende in de woestijn: multidisciplinaire samenwerking werd meer en meer aanbevolen. Behalve met psychologen gingen inrichtingspsychiaters ook samenwerken met gespecialiseerde therapeuten - zoals psycho-, arbeids- en bewegingstherapeuten - en maatschappelijk werkers.[1796]

De stijging van het aantal in psychiatrische inrichtingen werkzame, geregistreerde zenuwartsen bleef overigens achter bij de toename van het totale aantal geregistreerde en praktiserende zenuwartsen tussen 1940 en 1960. Terwijl dit totale aantal steeg van ruim 200 in 1940 tot ongeveer 570 in 1960, daalde het aandeel van de in psychiatrische inrichtingen werkzame, geregistreerde zenuwartsen van 28 procent (58 zenuwartsen) tot 20 procent (116 zenuwartsen). Het lijkt erop dat rond 1960 het aantal gekwalificeerde

---

[1792] Van Drunen 2004, 37.
[1793] Bakker en De Goei 2002c, 139-141.
[1794] Prick 1947.
[1795] Esser 1952; vergelijk Engelhard 1952.
[1796] Zie al eerder: De Smet 1952. En voorts onder anderen: Baan 1958; Poslavsky 1983 [1962].

zenuwartsen in inrichtingen verhoudingsgewijs een ongekend laag peil had bereikt.[1797] In feite vallen dus twee uiteenlopende ontwikkelingen te signaleren: enerzijds een absolute toename van het aantal geregistreerde zenuwartsen in psychiatrische inrichtingen, anderzijds een relatieve achteruitgang van hun aandeel in de gehele medische staf. De eerste ontwikkeling gaf uitdrukking aan en ging gepaard met een proces van differentiatie en specialisatie in de stafopbouw van psychiatrische inrichtingen. De tweede vormt een indicatie van de relatief geringe aantrekkingskracht die de inrichtingen uitoefenden op gekwalificeerde zenuwartsen en het toegenomen aantal arbeidsplaatsen elders, met name in de ambulante sector.[1798]

Het tekort aan inrichtingspsychiaters kwam in vakbladen herhaaldelijk ter sprake, overigens zonder dat een duidelijk beeld ontstaat van de omvang ervan. De verhoudingsgewijs lage salariëring, de geïsoleerde ligging van veel inrichtingen en de onbekendheid met het arbeidsterrein zouden de oorzaken zijn van de relatief geringe animo onder zenuwartsen om een aanstelling in een inrichting te ambiëren.[1799] Indien we voor het jaar 1960 uitgaan van een aantal van 116 in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen en een inrichtingsbevolking van circa 27.000, dan was er gemiddeld één zenuwarts per 233 patiënten beschikbaar. Volgen we de berekening van Van Drunen, die er voor 1960 op neerkwam dat zenuwartsen ongeveer de helft van de medische staf in de inrichtingen uitmaakten, dan leverde dat gemiddeld één arts (inclusief zenuwartsen) voor 116 patiënten op. Uiteraard waren internisten of patholoog-anatomen andere taken toebedacht dan zenuwartsen of (nog) niet-gespecialiseerde artsen die verantwoordelijk waren voor de dagelijkse patiëntenzorg.[1800] Vergeleken met 1936, toen gestichtsartsen (dat wil zeggen zowel gekwalificeerde zenuwartsen als andere geneeskundigen) ieder gemiddeld ongeveer 153 patiënten onder hun hoede hadden (de wettelijke norm bedroeg toen al geruime tijd 175), hoeft een verhoudingscijfer voor 1960 van tussen de 1:233 en 1:116 niet eens zo ongunstig uit te pakken. In feite is de veronderstelling gerechtvaardigd dat het aantal (zenuw)artsen dat in 1960 bij de dagelijkse patiëntenzorg was betrokken, een verhoudingscijfer zal opleveren dat ongeveer gelijk was aan of mogelijk enigszins gunstiger was dan dat van 1936.[1801]

De belangenorganisatie van de inrichtingspsychiaters, de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen (NVGA), had zich inmiddels niet onbetuigd gelaten.[1802] De vereniging hield zich na de oorlog bezig met discussies over de noodzaak van een nieuwe Krankzinnigenwet, de overgang in het politieke beheer van het krankzinnigenwezen van de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar het Ministerie van Sociale Zaken (en Volksgezondheid), de opleiding, de rechtspositie, de nevenwerkzaamheden van inrichtingsartsen en het tekort aan verpleegkundigen. Ook voerde de NVGA actie voor de verbetering van het salarisniveau: voor de gestichtartsen lag dat lager dan voor andere artsen in dienstverband. Evenals voor de oorlog bepleitte de vereniging een leidinggevende rol van artsen in psychiatrische inrichtingen. Zo sprak de

---

[1797] Van Drunen 2004, 35.
[1798] Abma en Weijers 2005, 124-125.
[1799] Zie bijvoorbeeld Dolk 1956, 206.
[1800] Het is niet bekend hoeveel (nog) niet-gespecialiseerde artsen in 1960 in psychiatrische inrichtingen werkzaam waren. Het lijkt echter aannemelijk dat hun aantal aanzienlijk groter was dan dat van internisten, patholoog-anatomen en dergelijke.
[1801] Nader onderzoek op dit punt is evenwel wenselijk.
[1802] Zie Piebenga 1969.

NVGA zich begin 1948 uit over de verhouding tussen de geneesheer-directeur en de administrateur-econoom, zoals die in de instructies van verschillende inrichtingen was vastgelegd. In de regel was de geneesheer-directeur het hoofd van de geneeskundige, de huishoudelijke en de technische dienst, en droeg de administrateur-econoom de verantwoording voor de administratieve dienst, waarbij hij soms wel en soms niet ondergeschikt was aan de geneesheer-directeur. In het laatste geval stond de administrateur-econoom, evenals de geneesheer-directeur zelf, rechtstreeks onder het gezag van het bestuur. In de voor Maasoord ontworpen regeling kreeg de geneesheer-directeur evenwel nog minder te zeggen. Daar droeg het bestuur de directie namelijk op aan de geneesheer-directeur en de economisch directeur tezamen. De laatste was belast met de dagelijkse leiding van de administratieve, huishoudelijke en technische dienst, alsmede van de inrichtingsbedrijven. De huishoudelijke dienst diende hij in overleg met de geneesheer-directeur te regelen. Voor de NVGA was een dergelijke verdeling van verantwoordelijkheden onacceptabel.

> De vergadering nu spreekt als haar stellige overtuiging uit, dat een geneesheer-directeur onder de laatst genoemde omstandigheden geen verantwoordelijkheid kan dragen voor de leiding van een psychiatrische inrichting, waar elk onderdeel ten nauwste samenhangt met de behandeling van de aan zijn zorgen toevertrouwde patiënten.
>
> De psychiatrische inrichting is een kleine maatschappij waarvan door hun geestelijke toestand een groot deel der leden zelf geen besluiten kan nemen. Deze gehele kleine maatschappij, alle diensten en bedrijven inbegrepen, staat in dienst van het therapeutisch kunnen tot readaptatie van de patiënten. <u>De patiënten zijn voor hun behandeling en genezing ingeschakeld in alle bedrijven der inrichting</u>, ook in de economische, zodat het ongeoorloofd is de leiding hiervan uit handen te nemen van de geneesheer-directeur.[1803]

Ten einde de belangen van inrichtingspsychiaters effectiever te behartigen sloot de NVGA zich in 1948 als Groep der Gestichtsartsen aan bij de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband van de KNMG. In 1953 veranderde de naam van de NVGA in Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband. De voordrachten op de vergaderingen kregen steeds meer een wetenschappelijk karakter en er vonden gestichtsartsendagen plaats in universiteitsklinieken. Vanaf 1959 gaf de vereniging een *Voordrachtenreeks* uit (eerst vier keer per jaar, vanaf 1966 zes keer), die in 1969 het *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* werd met een verschijningsfrequentie van tien keer per jaar. De naamswijziging en openstelling van de vereniging voor alle geneeskundigen die in dienstverband werkzaam waren in de geestelijke gezondheidszorg, leidde tot een verdubbeling van het ledental; ook hoogleraren en andere psychiaters die buiten de inrichtingen werkzaam waren, traden toe. Sinds 1965 werkte de vereniging nauw samen met de afdeling psychiatrie van de NVPN en deed de vraag zich voor of de beide verenigingen samen moesten gaan.[1804] Daar zou het uiteindelijk in 1974 van

---

[1803] Piebenga en Aukes 1948. De onderstreping is van Piebenga en Aukes. Piebenga was voorzitter en A.B.G. Aukes secretaresse van de NVGA. Zie ook Piebenga 1969, 388.

[1804] Notulen vergadering bestuur NVPN 19-2-1965, 28-3-1969, Archief NVPN; *Nieuws en Mededelingen [NVPN]* december 1965, no. 4.

komen, toen de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband na de splitsing van de NVPN in een neurologische en psychiatrische beroepsvereniging opging in de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Op het gebied van de wetgeving werd vanuit zowel de inrichtingspsychiatrie als de beweging voor geestelijke volksgezondheid aangedrongen op een nieuwe Krankzinnigenwet. De sociaal-psychiater A. Querido had reeds voor het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog in zijn *Krankzinnigenrecht* (1939) gepleit voor vervanging van de Krankzinnigenwet van 1884 door een meeromvattende wet op de geestelijke volksgezondheid die rekening zou houden met een breder scala van behandelmogelijkheden dan alleen die in de psychiatrische inrichting.[1805] Zijn voorstel behelsde de invoering van de mogelijkheid om behalve krankzinnigen ook verslaafden, toevallijders, 'asocialen' en 'onvolwaardigen', naar het voorbeeld van het voogdijstelsel van de kinderbescherming, op gezag van de rechter onder toezicht te stellen van een daartoe aangewezen persoon of instelling. Voor- en nazorgdiensten zouden dit toezicht bijvoorbeeld kunnen uitoefenen.[1806] In 1948 bood een gezamenlijke commissie van de NVPN en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) onder leiding van de geneesheer-directeur van Santpoort, Kraus, en met deelname van Querido een soortgelijk voorstel aan de regering aan. Dit voorstel werd goeddeels overgenomen in een wetsontwerp dat een subcommissie van de Interdepartementale Reorganisatiecommissie Geestelijke Volksgezondheid in 1955 uitbracht. Er waren evenwel dermate grote bezwaren van juridische zijde – met name een toetsing aan het Verdrag van Rome uit 1950 gaf aanleiding tot vragen – dat werd besloten prioriteit te geven aan een tussentijdse wijziging van de Krankzinnigenwet. Een in 1963 door de regering ingediend wetsontwerp daartoe stuitte echter op veel kritiek en werd pas in 1970 in het Staatsblad gepubliceerd. De belangrijkste verandering betrof de regeling van de inbewaringstelling, waarvoor meer rechtswaarborgen kwamen.[1807] Vervolgens zouden vanaf 1971 diverse ontwerpen voor de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) worden ingediend, eer deze uiteindelijk in 1994 de oude Krankzinnigenwet verving.[1808]

De overgang in 1947 van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van de afdeling Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar dat van Sociale Zaken[1809] - waaronder ook het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ressorteerde - kon op instemming rekenen van de NVPN en de NVGA. Zo stelde voorzitter Kraus in 1946 ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de NVPN:

> Velen onzer, die jarenlang in woord en geschrift hebben gestreden tegen de boeien, waardoor de krankzinnigenverpleging was geklonken aan het armwezen en het Departement van Binnenlandse Zaken, zodat een odium van minderwaardigheid officieel op deze verpleging drukte, zullen met grote

[1805] Querido 1939; Querido 1945; Legemaate 1985; Van der Grinten 1987a, hoofdstuk 3; De Goei 2001, hoofdstukken 3 en 4.
[1806] Legemaate 1985, 131; vergelijk Gersons 1981.
[1807] Legemaate 1985, 132-135.
[1808] Zie verder 4.4.2. De rechten van de patiënt.
[1809] In 1954 zou 'Volksgezondheid' aan 'Sociale Zaken' worden toegevoegd.

> voldoening hebben vernomen, dat die boeien binnenkort worden geslaakt en dat de overgang naar het Departement van Sociale Zaken voor de deur staat.[1810]

In 1957 werd het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten omgedoopt tot Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en deze ging in 1961 (als hoofdinspectie) over naar het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.[1811]

Vanaf 1956 maakte een stage van een half jaar in een psychiatrische inrichting deel uit van de opleiding tot zenuwarts.[1812] Dat was geen overbodige luxe, gelet op berichten van (zenuw)artsen die voordien, zonder ooit een stap in een psychiatrische inrichting te hebben gezet, meteen als afdelingsarts in het diepe werden gegooid. Zo bericht T. Kraft hoe de hoofdzuster hem in 1945 als kersvers zenuwarts, zonder enige praktijkervaring, in Santpoort wegwijs maakte op de afdeling waar hij als hoofd was aangesteld.

> Het was mijn eerste optreden als specialist. Volgestouwd met psychiatrische kennis, doch arm aan ervaringen, arriveerde ik in Santpoort om leiding te geven aan een grote afdeling. Samen met de oudere, zeer sthenische en ervaren hoofdzuster De Jong en met mijn assistent, ook een nieuwkomer, deed ik mijn ronde over de vier onderafdelingen: eerst beneden, waar een wat gemengde groep verblijf hield, dan boven naar de zogenaamde opnameafdeling (voor de nieuwelingen) en vervolgens aangrenzend naar de zaal van de 'zware gevallen'.
>
> Van het begin af loodste zuster De Jong mij snel door deze laatste zaal, waarbij ze echter toch niet kon voorkomen, dat steeds dezelfde patiënten op mij afkwamen. Meestal was de eerste een zwaarlijvige vrouw uit IJmuiden, die met een stralend humeur naar me toeliep, haar armen uitspreidde en 'doktertje, doktertje' riep. Als ik even treuzelde, waren een paar hartelijke klapzoenen mijn deel. Maar steevast daarna kwam er dan een debiel wezentje van rond de veertig jaar in mijn richting om me op een zeurderige manier te vertellen dat ze het aan de maag had. Als ik daarop wilde reageren, stevende meteen het afdelingshoofd, een vrij vinnige en tanige zuster, naar me toe om me duidelijk te maken dat deze Miesje daar al tijden over bezig was en dat de klacht helemaal niets voorstelde. Ik moest er maar geen aandacht aan besteden, vond ze en zuster De Jong was het daar gloeiend mee eens.
>
> Onder deze druk liep ik door, maar na enige weken kreeg ik nieuwe twijfel over het klachtenpatroon. Ik hoorde Miesje dan wat langer aan, maar meer details kon de onnozele vrouw over haar euvel niet geven. Hiermee haalde ik mij echter de wrevel op de hals van het afdelingshoofd, dat me te verstaan gaf dat de maagklachten uitsluitend dienden om de aandacht te trekken en dat hun ervaring was dat Miesje, als ze die aandacht kreeg, daarna veel moeilijker gedrag ging vertonen. Mijn foute benadering zou deze hinderlijke gevolgen veroorzaken en dat zou ik toch niet op mijn geweten willen hebben. Natuurlijk wilde ik dat niet en

---

[1810] Kraus 1947, 258. Zie ook De Goei 2001, hoofdstuk 3.

[1811] Zie Querido 1965, 59; Van der Esch 1975-1980, III: 85-86; De Goei 2001, 128-132; Lucieer 2006, deel 1.

[1812] Abma en Weijers 2005, 104-105. In 1964 werden daar nog twee verplichte stages van een half jaar aan toegevoegd: één op het gebied van sociale psychiatrie en één in de klinische kinderpsychiatrie.

> er verliepen weer weken. Een enkele keer ging mijn medisch geweten spreken en aarzelde ik te lang, waarop een geprikkelde verpleegster reageerde: 'Dokter, als u zo lang met haar bezig bent, moeten wij het straks bezuren, omdat ze de rest van de dag uit haar humeur is en tegen ons tekeergaat.'[1813]

Uiteindelijk onderzocht Kraft Miesje toch. Het zag ernaar uit dat ze een tumor in de maag had. Tijdens de operatie bleek dat Miesjes maag met een haarbal van ruim zeshonderd gram was gevuld. Niemand op de afdeling had ooit iets van haar haarconsumptie gemerkt…

Zoals Kraft ook tijdens een in 2001 gehouden *Witness Seminar* over 'Medicijnen en Psychiatrie' opmerkte, hadden (hoofd)zusters het in feite voor het zeggen op de afdelingen. 'Het waren natuurlijk hele grote afdelingen van ongeveer 150 patiënten waarbij een hele hoop volkomen "gestichts-sociaal" waren waar we niet veel omkijken naar hadden.'[1814] Psychiater T.J.H.M. Wertenbroek, die in 1948 als co-assistent op Duin en Bosch kwam werken, viel hem bij: 'Wat mij toen opviel, was inderdaad dat de verpleging de dienst uitmaakte in zekere zin. De dokter hoorde er formeel natuurlijk wel bij, maar eigenlijk alleen voor die eenvoudige zaken, eenvoudig tussen aanhalingstekens, die duidelijk medisch waren'[1815] Rust en orde hadden prioriteit voor de verpleging, zo was de strekking van deze reminiscenties.

De nevenwerkzaamheden van inrichtingspsychiaters, ten slotte, vormden een heikel punt. In 1950 deelde de Inspectie op een vergadering van de NVGA mee dat het verplegingspeil in sommige inrichtingen was gedaald door wantoestanden ten gevolge van nevenwerkzaamheden en dat overwogen werd om in alle voor de inrichtingen geldende Koninklijke Besluiten een verbodsbepaling op te nemen. De voorzitter en de secretaris van de vereniging wisten de toenmalige Staatssecretaris voor Volksgezondheid P. Muntendam echter tot een soepeler opstelling te bewegen. In 1952 kondigde de Inspectie aan dat tot preventieve in plaats van repressieve maatregelen zou worden overgegaan. Het kwam erop neer dat inrichtingspsychiaters voortaan toestemming moesten vragen voor het verrichten van nevenwerkzaamheden. Hierbij werd een grote mate van soepelheid betracht, te meer omdat volgens Piebenga - de toenmalige voorzitter van de NVGA - het inzicht terrein won dat een scherpe scheiding van intra- en extramurale voorzieningen niet wenselijk was en bijvoorbeeld werkzaamheden bij consultatiebureaus nuttig waren voor een afdelingsarts.[1816] In 1960 verrichtte een derde van de geregistreerde werkzame zenuwartsen met een aanstelling in een psychiatrische inrichting nevenwerkzaamheden. De ambulante geestelijke gezondheidszorg scoorde daarbij het hoogst (16 procent), gevolgd door de eigen praktijk (10 procent) en de algemene gezondheidszorg (8 procent).[1817] In 1940, acht jaar na invoering van het Medisch Specialisten Register, was het beeld gecompliceerder. Terwijl meer dan 30 procent van de geregistreerde, in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen nevenwerkzaamheden verrichtte, gold dit voor 'slechts' 20 procent van alle in deze sector

---

[1813] Kraft 1998, 11-13.
[1814] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 31.
[1815] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 33-34.
[1816] Piebenga 1969, 388-389.
[1817] Mededeling P. van Drunen. Vergelijk ook Van Drunen 2004, 32. Van alle intramuraal werkzame zenuwartsen had 44 procent nevenfuncties. Met 40 procent scoorde de eigen praktijk onder hen het hoogst.

werkzame artsen.[1818] Voor de geregistreerde zenuwartsen kwam in 1940 de eigen praktijk (12 procent) op de eerste plaats, gevolgd door de ambulante geestelijke gezondheidszorg (10 procent), terwijl de verhouding voor de hele groep artsen in deze sector andersom lag met de ambulante geestelijke gezondheidszorg voorop (10 procent) en daarna de eigen praktijk (8 procent). Het kwam erop neer dat een substantieel deel van de geregistreerde, in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen - zowel in het peiljaar 1940 als in het peiljaar 1960 - de kans benutte om hun vak ook buiten de muren van de inrichting uit te oefenen. Hoeveel tijd zij aan nevenwerkzaamheden besteedden en hoeveel tijd er voor het werk in de inrichting overbleef, is niet bekend. Of een (zenuw)arts al dan niet voltijds in een inrichting werkte, had uiteraard consequenties voor de berekening van de arts-patiënt ratio. De interventie van de Inspectie in 1950 suggereert dat het risico niet denkbeeldig was dat nevenwerkzaamheden ten koste van de medische aandacht voor inrichtingspatiënten gingen.

3.4.4. *'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'*

Met deze woorden gaf geneesheer-directeur De Smet van de St. Willibrordusstichting in een voordracht voor de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband in 1966 uitdrukking aan zijn gevoelens van onbehagen over de behandeling van chronische geesteszieken. In plaats van langdurig verpleegden te 'revalideren' en in staat te stellen om in de gemeenschap terug te keren, hadden zijn collega's en hijzelf zich ingespannen om chronische patiënten *in* de inrichting een zo menswaardig mogelijk bestaan te verschaffen. Zonder onderscheid raakten zij daardoor 'ingekapseld' in 'onze zorg, die bij voorkeur werd opgehangen aan een veelsoortig en schromelijk misplaatst gebruik van het woord therapie'. Alles heette therapie, zo vervolgde De Smet:

> 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 uitwerken.[1819]

Inmiddels waren psychiaters overal, aldus De Smet, doende het roer om te gooien en 'de verstopping van de doorstroming' een halt toe te roepen. Opvoeding van chronische patiënten tot grotere zelfstandigheid, onafhankelijkheid en een groter vermogen tot intermenselijk contact en respect voor anderen, kortom: revalidatie met als doel terugkeer naar de gemeenschap, was het devies.

Dit streven kwam niet uit de lucht vallen. Welbeschouwd was de basis ervoor gelegd in het voorgaande decennium toen zich in het therapeutisch regime van psychiatrische inrichtingen een duidelijke kentering begon af te tekenen. Enerzijds betekende de invoering van de nieuwe psychofarmaca vanaf 1952, te beginnen met Largactil (chloorpromazine), dat uitingen van onrust en agressie aanzienlijk meer dan voorheen vielen te dempen. Zoals Van der Scheer indertijd de actievere therapie als de grote rustbrenger in het gesticht had voorgesteld, zo viel deze kwalificatie ruim een kwart

[1818] Mededeling P. van Drunen. Vergelijk ook Van Drunen 2004, 22.
[1819] De Smet 1967, 323.

eeuw later de psychofarmaca ten deel – reden voor sommige historici om van een psychofarmacologische revolutie te spreken.[1820] Ook al lijkt deze typering wat al te zwaar aangezet, het valt niet te ontkennen dat de psychofarmaca niet alleen voor meer rust in de inrichting zorgden, maar ook een grotere toegankelijkheid van patiënten voor psychotherapie en andere vormen van therapie bewerkstelligden en de mogelijkheden voor ontslag vergrootten.[1821] Anderzijds bestond de kentering in het therapeutisch regime uit een uitbouw dan wel vernieuwing van sociaal-psychologisch georiënteerde behandelvormen. Of de actievere therapie van Simon en Van der Scheer uit de jaren twintig, die de laatste als bijzonder adviseur van de Directeur-Generaal voor de volksgezondheid rond 1950 opnieuw in de aandacht van de inrichtingen aanbeval, niet alleen aan de basis lag van de zogeheten ABC-therapieën (arbeids-, bewegings- en creatieve therapie) in de jaren vijftig, maar ook, zoals is beweerd, een belangrijke aanzet vormde tot de ontwikkeling van de sociotherapie, verdient nadere aandacht.[1822] Sociotherapie was namelijk, zoals hierna zal blijken, een vlag die verschillende ladingen dekte.

De belangrijkste vernieuwing school erin dat meer dan voorheen het accent kwam te liggen op de interactie tussen patiënten onderling en het met elkaar praten over problemen. Dat hiervan een positieve therapeutische werking kon uitgaan, was reeds gebleken uit de ervaringen van Britse en Amerikaanse psychiaters tijdens de oorlog met een groepsgewijze behandeling van getraumatiseerde militairen. Deze benadering vormde de grondslag voor wat in navolging van de Engelse psychiater M. Jones ook in Nederland 'de therapeutische gemeenschap' zou gaan heten. In Nederland vond dit concept voor het eerst systematisch toepassing in het in 1946 geopende Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz. In de jaren vijftig werd het begrip ook in een opgerekte betekenis gebruikt, namelijk daar waar het psychiatrisch ziekenhuis als zodanig als een therapeutische gemeenschap werd bestempeld.[1823] Tevens vormde het werk van Franse psychiaters als G. Daumézon en P. Sivadon, die zich ook ten doel stelden een 'therapeutische gemeenschap' te realiseren, een inspiratiebron voor deze vernieuwing.[1824] Zij hanteerden sociotherapie als een overkoepelende term, waaronder een heel scala van groepstherapeutische activiteiten viel die waren bedoeld om patiënten te leren zich te uiten, variërend van psychodrama en groepspsychotherapie tot en met het opzetten van

---

[1820] Onder anderen door: Healy 1997; Shorter 1997; Binneveld en Wolf 1985, 165; Dankers en Van der Linden 1996, 93; Abma en Weijers 2005, 149; Pieters, Snelders en Houwaart 2006. Vergelijk Pieters en Snelders 2005.

[1821] Zie bijvoorbeeld: Dankers en Van der Linden 1996, 93-94; Blok 1997c, 179-182 en 189; Blok 1998b, 166-171; Bakker 1999b, 90-94. Vergelijk echter Pieters en Snelders 2005. Zie ook Pieters, Snelders en Houwaart, 2006.

[1822] Poslavsky 1961, 102; Dankers en Van der Linden 1996, 89 en 96; Kerkhoven 1996, 238; zie ook Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 15-16; Vijselaar 2007c.

[1823] Zie over M. Jones en diens voorganger op het gebied van groepspsychotherapie J. Bierer: Shorter 1997, 231-233. Over Austerlitz zie Spanjaard 1949; Meyering en Van der Wielen 1954, 326-330; Bossenbroek 2001, 471-478. Over de therapeutische gemeenschap in ruime zin: De Smet 1955, 131; Van der Drift 1955a, 253; F.J. Tolsma in *Jaarverslag 1959* van Deltaziekenhuis, geciteerd in Bakker 1999b, 110. Vergelijk ook: Bierenbroodspot 1969, 1-9.

[1824] Coffin 2005. Zie verder Sivadon 1949 en voorts de voordracht die Sivadon in 1968 in Nederland hield: Sivadon 1968. Hij verwees onder meer naar zijn vruchtbare contacten met Querido die hem rond 1950 in Nederland had ontvangen.

diverse soorten hobbyclubs.[1825] In Nederland behoorden de Leidse hoogleraar psychiatrie Carp, die in navolging van diens Franse collega's de term sociotherapie in Nederland introduceerde, Van der Drift, de antropologisch-fenomenologisch georiënteerde geneesheer-directeur van Wolfheze, en Arendsen Hein, geneesheer-directeur van de reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar te Lunteren en het neurosesanatorium Veluweland, tot de belangrijkste vertegenwoordigers van deze nieuwe benadering.[1826]

Terwijl heropvoeding van patiënten tot aanpassing aan de gemeenschap door middel van gezag, tucht en dressuur als hoogste doel van de klassieke actievere therapie gold, kwam het accent nu veeleer te liggen op de ontplooiing van de persoonlijkheid van patiënten en hun vermogen tot het uiten van gevoelens en het aangaan van contact met andere mensen. Van der Drift formuleerde het in 1955 als volgt: 'Het is niet alleen de vraag, of de patiënt zich leert *remmen*, maar ook of hij zich leert *uitdrukken*'. Voor hem stond het herstel van 'de gestoorde of verbroken relatie van de zieke met zichzelf en met de gemeenschap', voor zover mogelijk, voorop.[1827] Hierdoor leek de bevoogdend-pedagogische benadering van de actievere therapie plaats te maken voor een meer 'democratische', op onderlinge communicatie en zelfexpressie gerichte benadering. Het dragen van medeverantwoordelijkheid in de vorm van zaalraden, een gemengde verpleging van 'dames en heren' in één paviljoen, een door patiënten georganiseerd clubleven – het waren alle drie voorbeelden van 'sociotherapeutische' benaderingen zoals Van der Drift die inmiddels in Wolfheze had geïntroduceerd. Onder sociotherapie in engere zin verstond hij de therapie 'die door *gemeenschap* de *gemeenschapszin actualiseert, verbreedt* en *verdiept*'.[1828] Ook Carp benadrukte de meerwaarde van de sociotherapie vergeleken met de actievere therapie.

> In de gedachtenwereld van de voorstanders der Duitse actievere therapie wordt het accent gelegd op de ordening in het geestesleven, de opheffing van onsociale gedragsvormen bij geestesgestoorden, maar niet zozeer op de stimulering van de behoefte tot samen-zijn en samen-doen, op het doen-met-en-voor-de-ander. Hierdoor blijft deze actievere therapie een min of meer onpersoonlijke, hoe verheugend de hiermede bereikte resultaten ook zijn geweest. Als zodanig kan men de door de sociotherapie naar voren gebrachte gezichtspunten dan ook beschouwen veeleer als een welkomen aanvulling en verdieping, dan wel als een bestrijding der inzichten van Simon en de zijnen.[1829]

Weliswaar betoonden tijdgenoten als H. Loois, geneesheer-directeur van het Willem Arntsz Huis te Utrecht, of De Smet van de St. Willibrordusstichting zich schatplichtig aan de actievere therapie en beschouwden zij 'sociotherapie' als een nadere uitwerking daarvan of aanvulling daarop, toch is achteraf te constateren dat de overgang van actievere therapie naar sociotherapie wel degelijk een trendbreuk inhield.[1830] Zowel Van der Drift als Carp gaven hier reeds in meer of minder bedekte termen blijk van. Deze

---

[1825] Zie Blok 1997c, 182-183; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 16.
[1826] Carp 1955; Van der Drift 1953; Van der Drift 1955a; Van der Drift 1955b; De Goei 2007b.
[1827] Van der Drift 1955b, 335. Zie ook: Vijselaar 2007c.
[1828] Van der Drift 1955a, 255-256; vergelijk Van der Drift 1954.
[1829] Carp 1955, 43.
[1830] Dankers en Van der Linden 1996, 96. De Smet 1955, 130.

ontwikkeling stond niet op zichzelf. Waarden als verantwoordelijkheid, vrijheid en (vooralsnog 'geleide') zelfontplooiing, scoorden hoog in een samenleving die zich in de jaren vijftig mede dankzij de Marshallhulp economisch voorspoedig ontwikkelde en inzette op sociaal-economische modernisering en de opbouw van een verzorgingsstaat.[1831]

Tussen therapeutische idealen en de dagelijkse praktijk in de inrichtingen gaapte overigens vaak een kloof. In de eerste naoorlogse jaren bestond een tekort aan zo ongeveer alles, zowel in materieel als in personeel opzicht.[1832] Het 'verpleegsterstekort' werd er in de jaren vijftig niet minder op, integendeel. Over het geheel genomen vertoonde het naoorlogse evenals het vooroorlogse therapeutisch regime een hoog eclectisch gehalte. Aan de combinatie van sociale en somatische behandelingsvormen werden in toenemende mate ook psychologische therapieën toegevoegd.[1833]

Eind 1949 werd Van der Scheer, die eerder dat jaar als hoogleraar psychiatrie in Groningen met emeritaat was gegaan, benoemd tot bijzonder adviseur van de Directeur-Generaal voor de volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken met als taak om voorlichting te geven over het verplegingspeil in de inrichtingen en met name over de toepassing van de actievere therapie.[1834] Tussen 1949 en 1957 bezocht hij, al dan niet aangekondigd, alle inrichtingen diverse malen. Zo kwam hij maar liefst acht keer in de St. Willibrordusstichting op bezoek.[1835] Van zijn bevindingen maakte hij gedetailleerde verslagen die veel onthullen over het dagelijks leven in de inrichtingen aan het begin van de jaren vijftig en de maatstaven die hij aanlegde. Wat hij zag viel hem niet mee, zoals hij liet blijken in een artikel dat in 1952 verscheen.

> Zolang er inrichtingen blijven, waar men armlastige patiënten oude, slordige, niet passende kleding laat dragen, zolang het verplegend personeel niet eens bemerkt, indien de vrouwelijke patiënten met afgezakte kousen en loshangende broekbanden, de mannen-patiënten met open afzakkende broek, en boven de broekband uitpuilend hemd en vieze, vuile handen rondlopen, de vrouwen met kortgeknipt haar of met een niet opgemaakt slordig kapsel op de verblijfzalen rondhangen, ontbreekt er nog heel wat aan de verpleging. Indien men ziet, dat tijdens de maaltijd druppels van patiëntenneuzen in het eigen eten of in dat van buurvrouw of buurman vallen, of dat sommigen met hun handen eten en al of niet met een lepel hun mond volproppen en daarna hun bord aflikken […] Als men al patiënten aan tafel ziet zitten in hun hemd of nachtkleren, met blote voeten of naakte benen blauw van de kou, als men achter hoge hekken van vlechtdraad of geteerde houten palen veel patiënten maar heen en weer ziet lopen in een

---

[1831] Zie Tonkens 1999, 21-26. Zij maakt een onderscheid tussen geleide en spontane zelfontplooiing. Het eerste type deed na de oorlog, het tweede in de jaren zestig opgeld. Bij geleide zelfontplooiing moet het individu zich aan de maatschappelijke orde aanpassen onder begeleiding van deskundigen. Zie ook hoofdstuk 3.6. paragraaf 'Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme'.
[1832] Zie bijvoorbeeld Kraus 1956.
[1833] Zie over therapieën tussen 1945 en 1965 onder meer: Canter Visscher 1995; Dankers en Van der Linden 1996, deel II, hoofdstuk 2; Blok 1997c; Blok 1998b; Bakker en De Goei 2002c; Bakker 2002d.
[1834] Van der Esch 1975-1980, I: 85.
[1835] Zie over Van der Scheers bezoeken Blok 1997c, 168-170; Gorisse 1997, 67-69; Blok 1998b, 151-154; Bakker 2002d, 200-208.

> nauwelijks als tuin te noemen ruimte met uitdrukkingsloze blik, met stereotype en verwrongen bewegingen, of onbewegelijk ziet staan in katatone stuporeuse houding […] of hen bezoekt op verblijfzalen, waar het meubilair slechts waarde heeft voor de voddenkoopman […], indien men nog inrichtingen heeft waar de patiënten 's nachts hun behoeften moeten doen op een open W.C. op de zaal ten aanschouwe van de andere patiënten […], wordt het moeilijk de niet ingewijden te vertellen, dat onze geesteszieken het toch zo goed hebben en goed worden verpleegd.[1836]

En dat was nog niet alles: er bestonden, zo vervolgde Van der Scheer, nog inrichtingen waar patiënten waren vastgebonden met 'banden en riemen, soms van patentsloten voorzien, aan de spijlen van hun bed, of in een dwangbuis geperst en met een spanlaken geïmmobiliseerd, of heel of half naakt in scheurhemd opgesloten […] in cellen met stevige grendels op de deuren'. Over het algemeen stond de inrichtingspsychiatrie er volgens Van der Scheer niet goed voor, hoewel enkele instellingen, waaronder uiteraard Santpoort, in de voorgaande 25 jaar wel degelijk een omwenteling in de verpleging tot stand hadden gebracht en er ook anno 1952 inrichtingen waren die 'met een veel kleiner aantal verplegenden dan zij vroeger hadden, de actievere therapie met groot succes toepassen en onderhouden'.[1837] Als vanouds verkondigde Van der Scheer de principes van de actievere therapie: opvoeding tot verantwoordelijkheid en het aanleren van aangepast, 'goed en ordelijk' gedrag in de inrichtingsgemeenschap. 'Het belang van de gemeenschap dient steeds te gaan boven dat van de enkeling.' Een prettige omgeving, goede kleding en een behoorlijke persoonlijke verzorging waren daarbij van belang. Tot de middelen van heropvoeding rekende Van der Scheer behalve arbeid ook lichamelijke opvoeding, deskundig begeleide en gezamenlijke zang- en muziekbeoefening, dans en ook 'actieve en passieve ontspanning'.[1838]

Van der Scheers inspanningen bleven blijkbaar niet zonder resultaat. Na diens dood in 1957 merkte inspecteur Piebenga in ieder geval op dat de actievere therapie gemeengoed was geworden in alle psychiatrische inrichtingen.[1839] Met name de toepassing van arbeidstherapie lijkt in de jaren vijftig een ware piek te hebben bereikt. Reeds in 1949 kwam vanuit de Willem Arntsz Hoeve de melding dat drie kwart van de patiënten deelnam aan de arbeidstherapie. In de St. Willibrordusstichting nam de participatie aan de arbeidstherapie toe van 60 procent in 1950 naar meer dan drie kwart in 1955. Voor Wolfheze lag het percentage in 1954 zelfs op 80.[1840] Uit het dossieronderzoek van J. Vijselaar – de tellingen betreffen Endegeest en Wolfheze – valt op te maken dat van de in 1950 opgenomen patiënten uit zijn steekproef maar liefst 85 procent aan arbeidstherapie deelnam. Een dergelijk hoog percentage was niet eerder vertoond, noch zou dit later nog worden geëvenaard.[1841] De arbeid bestond uit huishoudelijke werkzaamheden en productieve handenarbeid, zoals weven, breien, haarnetten knopen,

---

[1836] Van der Scheer 1952, 12-13.
[1837] Van der Scheer 1952, 19.
[1838] Van der Scheer 1952, 16-17.
[1839] Piebenga 1957, 253.
[1840] Van Dijk 1949; Bakker 2002d, 210; Van der Drift 1954, 224-225.
[1841] Vijselaar, monografie in voorbereiding. Het hoogste vooroorlogse percentage bedroeg 63 in 1930. Na de piek van 85 procent in 1950 daalden de percentages naar 65 in 1960, 68 in 1970 om daarna een forse duikeling te maken naar 25 respectievelijk 18 in 1980 en 1990.

het maken van speelgoed, borstels en matten.[1842] Ook deed in de jaren vijftig de ‘industriële’ therapie zijn intrede: productie- en montage-arbeid veelal ten behoeve van fabrieken. In de Willem Arntsz Stichting dienden patiënten eind jaren veertig, met het oog op hun toekomstige terugkeer naar de maatschappij, zoveel mogelijk een normale werkdag te volgen en kregen ze daarvoor een passende beloning.[1843] Mede om het tekort aan verplegend personeel op te vangen, werden in de loop van de jaren vijftig in diverse inrichtingen 'arbeidstherapeuten' met specifieke vakkennis aangesteld.[1844]

Bewegingstherapeuten en creatief therapeuten maakten in deze periode eveneens hun opwachting. Om enkele voorbeelden te noemen: in de St. Willibrordusstichting werd reeds in 1947 een 'leider van de gymnastiek' aangesteld en ging in 1954 op initiatief van psychotherapeut M.L.J. Vaessen een Afdeling Creatieve Therapie in het kader van psychotherapie van start, terwijl Wolfheze onder Van der Drift in de jaren vijftig letterlijk en figuurlijk toonaangevend werd op het gebied van de creatieve therapie, waaronder de muziektherapie.[1845] Het kwam erop neer dat de A(rbeids)-, B(ewegings)- en C(reatieve) therapieën in toenemende mate tezamen het gezicht gingen bepalen van de activerende behandeling. Overigens is nog betrekkelijk weinig bekend over de mate waarin en de wijze waarop deze ABC-therapieën concreet invulling kregen in de diverse psychiatrische inrichtingen en in hoeverre sociotherapeutische ideeën à la Daumézon en Sivadon daarin doorklonken.[1846] Ook over de resultaten van de 'heractivering' van de actievere therapie ten tijde van Van der Scheers visitaties in de eerste helft van de jaren vijftig zijn we, behoudens enkele inrichtingen, amper geïnformeerd.[1847]

Terwijl Van der Scheer nog volop doende was de actievere therapie in de Nederlandse inrichtingen op een hoger peil te brengen, kwamen vanaf 1952 nieuwe psychofarmaca in gebruik, te beginnen met het neurolepticum oftewel antipsychoticum Largactil (chloorpromazine), waarna al spoedig het anti-psychoticum Serpasil volgde. Duin en Bosch te Bakkum kreeg in 1952 als eerste psychiatrische inrichting in Nederland de beschikking over chloorpromazine en rapporteerde tevens als eerste, bij monde van de arts N.M. van de Wardt-Kikkert, over de toepassing van dit middel op patiënten.[1848] Geneesheer-directeur F.J. Tolsma van Maasoord behoorde in Nederland eveneens tot de eersten die - vanaf 1953 - Largactil voorschreven en over de ervaringen met dit nieuwe

---

[1842] Canter Visscher 1995, 23-24.
[1843] Van Dijk 1949; Dankers en Van der Linden 1996, 90-91. Zie voor een systematische beschouwing over arbeidstherapie: Van der Drift 1959.
[1844] Zie bijvoorbeeld Vijselaar 2007c, 203.
[1845] Bakker 2002d, 208-209 respectievelijk Bakker en De Goei 2002c, 152-158; Vaessen 1955; Vaessen 1957; Van der Drift 1957.
[1846] Vaessen van de St. Willibrordusstichting ontleende inspiratie aan Daumézon en Sivadon en bezocht ook de neuroseklinieken Austerlitz, Veluweland en Halsteren, waarna hij voor Heiloo een eigen variant ontwierp: De Oosthoek in Limmen, die in 1966 openging. Zie Bakker en De Goei 2002c. Zie voorts 4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme.
[1847] De in het Nationaal Archief berustende verslagen van Van der Scheer en de jaarverslagen van de psychiatrische inrichtingen zijn nog niet aan een systematisch onderzoek onderworpen. Zij zijn tot dusverre benut voor de studies over de Noord-Hollandse ziekenhuizen, Vrederust, Endegeest en de St. Willibrordusstichting. Zie respectievelijk Blok 1997c; Gorisse 1997; Blok 1998b; Bakker 2002d.
[1848] Cahn 1970, 90; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 55. De Eindhovense zenuwarts P. Holzer was de eerste die, na een studiereis naar Parijs ten einde kennis te maken met het preparaat Largactil, in Nederland over dit middel publiceerde.

middel publiceerden.[1849] Ook kwamen anti-depressiva, zoals Tofranil (1957), en tranquillizers, zoals librium (1960), beschikbaar.[1850] Vergeleken met de introductie van de somatische kuren tijdens het interbellum, waren de verwachtingen ten aanzien van de psychofarmaca minder hoog gespannen. Ze golden niet zozeer als geneesmiddel, maar als middel om symptomen te bestrijden. In dat opzicht bleken de nieuwe psychofarmaca ondanks tal van hinderlijke bijwerkingen (zoals een allergische huidreactie bij Largactil) effectief. Wanen, hallucinaties en angsten vielen er beter, zonder dat de patiënt slaperig werd, mee te dempen dan met de traditionele kalmeringsmiddelen, zoals Paraldehyd en broom. Artsen en verplegenden gaven hoog op van het rustbrengende effect. Het verhaal gaat dat de geneesheer-directeur van Santpoort tijdens een kerstviering met een groep voorheen 'onrustige' mannen, die kalm naar de kerstliederen zat te luisteren, tegen een assistent-geneesheer opmerkte dat er 'nu eindelijk "Largactil-vrede op aarde" was'.[1851]

De komst van de psychofarmaca zorgde niet alleen voor een vermindering van 'onrust' in psychiatrische inrichtingen, maar maakte het ook mogelijk om voordien 'onrustige' patiënten, juist doordat zij nu kalmer en aanspreekbaar waren, beter te betrekken bij 'het actief therapeutisch regime', zoals het in Santpoort heette.[1852] Was volgens Van der Scheer de actievere therapie zelf indertijd de grote rustbrenger geweest, nu was deze rol weggelegd voor de psychofarmaca. Sterker nog: dankzij de psychofarmaca kon de actievere therapie meer vruchten afwerpen. Ook andere behandelvormen, zoals individuele of groepspsychotherapie – de laatste dikwijls kortweg groepstherapie of ook sociotherapie genoemd – hadden baat bij de psychofarmaca. Zo schreef geneesheer-directeur Visser van Licht en Kracht te Assen in 1965 dat de snelle naoorlogse ontwikkeling en uitbouw van de actievere therapie tot de sociotherapie wellicht niet mogelijk was geweest, 'indien niet min of meer tegelijk met het tot ontwikkeling komen van deze vorm van therapie, de opkomst van de moderne chemotherapie zijn intrede had gedaan'.[1853] Kortom, de nieuwe medicatie - ook wel getypeerd als 'inwendige dwangbuis' - vergrootte de ontvankelijkheid van patiënten voor sociaal-psychologische therapieën.[1854] Jaren nadien maakte de psychiater Wertenbroek de balans op: ‘Je kunt de psychiatrie verdelen in de psychiatrie vóór 1952 en na 1952. Dat zijn twee verschillende psychiatrieën.’[1855]

Daarbij kwam nog dat de psychofarmaca bepaalde somatische therapieën overbodig maakten en het gebruik van andere terugdrongen. Te beginnen met de in 1935 door de Portugese neuroloog Moniz ontwikkelde lobotomie, een chirurgische ingreep waarbij een arts de voorste hersenkwabben scheidde van de centrale hersenen. In Amerika en Engeland vond deze operatie veelvuldig toepassing: in 1951 hadden al bijna 19.000 Amerikanen en in 1954 zo'n 12.000 Britten een lobotomie respectievelijk

---

[1849] Tolsma, Jedeloo en Van Kemenade 1954; Bakker 1999b, 90-94; Pieters en Snelders 2005, 55.
[1850] Zie onder meer: Dankers en Van der Linden 1996, 93-94; Blok 1997c, 179-182 en 189; Blok 1998b, 166-171; Bakker 1999b, 90-94; Pieters en Snelders 2005. De hierna volgende passage over psychofarmaca is hoofdzakelijk ontleend aan Blok 1997c.
[1851] Blok 1997c, 180.
[1852] Blok 1997c, 181.
[1853] Visser 1965, 149. Zie ook Bakker 1999b, 108-111.
[1854] Deze niet negatief bedoelde typering werd tien jaar na invoering van de psychofarmaca in Voorburg te Vught gebezigd door L.M. Woltring, geneesheer-directeur van deze inrichting. Binneveld en Wolf 1985, 165.
[1855] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 66.

leucotomie (de in Engeland gebezigde term) ondergaan. De patiënten waren na de operatie doorgaans rustiger, maar daar stond tegenover dat hun karakter vaak veranderde, dat ze apathisch werden en aan geheugenverlies leden. In deze beide landen liep het aantal operaties halverwege de jaren vijftig alweer sterk terug, hetgeen zou samenhangen met de introductie van de psychofarmaca.[1856] Het aantal Nederlandse patiënten dat een lobotomie onderging bedroeg tussen 1946 en 1972 ongeveer 200 en de jaren 1972-1984 53.[1857] In de Noord-Hollandse ziekenhuizen ging het tussen 1946 en 1955 om enkele tientallen patiënten en in Endegeest begin jaren vijftig om enkele patiënten.[1858] Voorts is van de Willem Arntsz Stichting (Huis en Hoeve) bekend dat daar tussen 1953 en 1955 hooguit drie operaties per jaar plaatsvonden en dat deze nadien nog maar amper voorkwamen.[1859] We zien in Nederland dus enerzijds een, vergeleken bij Engeland en Amerika, tamelijk grote terughoudendheid ten aanzien van deze ingrijpende operatie - die overigens nog om een nadere analyse en verklaring vraagt - en anderzijds eenzelfde tendens waar het de terugdringing van lobotomie door de psychofarmaca betreft.[1860]

In kwantitatief opzicht opvallender, althans binnen de Nederlandse context, was de verminderde toepassing van de in 1939 geïntroduceerde elektroconvulsietherapie (ECT). Zo daalde het aantal ECT's in de Willem Arntszstichting van in totaal 8.000 tussen 1946 en 1952 naar ruim 1.000 per jaar in 1953 en 1954, waarna vanaf 1955 een verdere teruggang inzette naar ruim 400 in 1957 en naar vrijwel nul in de jaren zestig.[1861] In Voorburg te Vught vertoonde het aantal ECT's tussen 1953 en 1960 eveneens een halvering - van 300 naar 150 - om daarna nog verder af te nemen.[1862] Vanaf de jaren zestig zou deze ingreep hoofdzakelijk bij depressie worden voorgeschreven.[1863] De scherpe daling van het aantal ECT's vanaf halverwege de jaren vijftig lijkt tot op grote hoogte het gevolg te zijn van de inmiddels brede toepassing van de psychofarmaca.

De andere vooroorlogse somatische therapieën werden hoe dan ook veel minder frequent aangewend dan de ECT. Uiteindelijk zouden alleen de ECT en de somnifeen-slaapkuur, hoewel deze laatste in beperkte mate, deel blijven uitmaken van het therapeutisch repertoire. De bij dementia paralytica aangewende malariatherapie raakte na de komst van de penicilline medio jaren vijftig geleidelijk in onbruik. De cardiazolshocktherapie moest het wegens de bijwerkingen goeddeels afleggen tegen de ECT.[1864] Toen na de oorlog weer insuline verkrijgbaar was, kwam de insulinecomatherapie (ICT) opnieuw voor de behandeling van schizofrenie in gebruik. In de St. Willibrordusstichting ontwikkelde Vaessen in de jaren vijftig een psychotherapeutische variant van de ICT waarbij hij de insulinekuur combineerde met

---

[1856] Shorter 1997, 225-229.
[1857] Kohnstamm 1985, 33.
[1858] Blok 1997c, 177-179; Blok 1998b, 165.
[1859] Dankers en Van der Linden 1996, 93.
[1860] Blijkbaar legden ook andere Europese landen een vergelijkbare terughoudendheid inzake lobotomie aan de dag. Zie Blok 1998b, 165. Aan nader, vergelijkend onderzoek op dit punt ontbreekt het evenwel tot dusverre. Ook Kohnstamm signaleert een verband tussen de komst van de psychofarmaca en de 'drastische achteruitgang' van psychochirurgische operaties. Kohnstamm 1985, 35; zie ook: Canter Visscher 1995, 35-36.
[1861] Zie 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.
[1862] Binneveld en Wolf 1985, 164-165.
[1863] Van den Broek, Leentjens en Verwey 1999; Kerkhoven 1996, 236-237.
[1864] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Vergelijk Kerkhoven 1996, 236: zij suggereert dat de cardiazolshocktherapie werd verdrongen door de insulinecomatherapie.

verschillende psycho- en sociotherapeutische behandelingen: de 'ICT-nieuwe-stijl'.[1865] De ICT zou tot in de jaren zestig deel uitmaken van het therapeutisch repertoire.[1866] In een inrichting als Voorburg kondigde zich het einde van de ICT al vanaf 1955 aan, omdat met behulp van psychofarmaca hetzelfde resultaat veel eenvoudiger zou zijn te bereiken.[1867] Iets soortgelijks gold voor de bedverpleging, voor zover deze werd toegepast ter bestrijding van onrust, en de toch al vrijwel niet meer toegepaste permanente badbehandeling.[1868]

Kortom, de psychofarmaca brachten rust in de inrichting, maakten patiënten toegankelijker voor sociaalpsychologische therapieën, en drongen het gebruik van bepaalde somatische therapieën terug of maakten deze overbodig. De psychofarmaca hadden bovendien als effect dat ze voor bepaalde categorieën patiënten de ontslagmogelijkheden vergrootten en de opnameduur bekortten. Niet alleen de dempende werking van de medicijnen zelf en daarmee de grotere toegankelijkheid van patiënten voor een activerende of sociotherapeutische behandeling, ook de mogelijkheid om de medicatie buiten de inrichting voort te zetten in combinatie met de meer en meer effectief functionerende Sociaal-Psychiatrische Diensten zorgden ervoor dat een toenemend aantal patiënten binnen afzienbare tijd na hun opname weer naar huis kon.[1869] Daar stond wel tegenover dat ook het aantal heropnamen steeg.[1870] Vanaf wanneer, in welke omvang en met betrekking tot welke patiënten deze ontwikkelingen zich voordeden, is niet helemaal duidelijk. Wél valt vast te stellen dat een substantiële stijging van de landelijke opname- én ontslagcijfers zich pas tegen halverwege de jaren 1960 begon af te tekenen.[1871] Behalve de psychofarmaca maakten de geringere instroom van patiënten met een verstandelijke handicap en de geleidelijke afname van het 'verpleegsterstekort' deze ontwikkeling waarschijnlijk mogelijk.[1872]

Zoals hierboven aangegeven bestond de kentering in het therapeutisch regime tijdens de jaren vijftig niet alleen uit de introductie van de psychofarmaca, maar ook uit een uitbouw dan wel vernieuwing van sociaalpsychologisch georiënteerde behandelvormen. Behalve dat de actievere therapie onder het toeziend oog van Van der Scheer in de eerste helft van de jaren vijftig een nieuwe impuls en bovendien met de zogeheten ABC-therapieën een nadere invulling had gekregen, vallen her en der vernieuwingen in het therapeutisch klimaat te signaleren. Deze zouden in de loop van de jaren zestig op grotere schaal navolging vinden. Deze vernieuwingen bestonden uit variaties op de beginselen van de therapeutische gemeenschap en sociotherapie waarbij een meer democratische, op onderlinge communicatie en zelfexpressie gerichte

---

[1865] Bakker en De Goei 2002c, 158-171.
[1866] Kerkhoven 1996, 236.
[1867] Binneveld en Wolf 1985,127.
[1868] Kerkhoven 1996, 236. Ongepubliceerd dossieronderzoek van J. Vijselaar wijst uit dat gemiddeld 11 procent van de patiënten uit zijn steekproef die in of na 1950 werden opgenomen in Endegeest en Wolfheze gedurende enige tijd in bed werd verpleegd. In Wolfheze lag dit percentage met 18 procent aanzienlijk hoger dan in Endegeest met 4 procent.
[1869] Piebenga 1956, 403. Zie ook 3.4.1. De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking.
[1870] Kerkhoven 1996, 231. Kerkhoven geeft geen bronvermelding.
[1871] Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.
[1872] Zie 3.3.2. Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging; en hierna 3.4.6. Het verpleegsterstekort.

benadering centraal stond en patiënten waar mogelijk medeverantwoordelijkheid kregen voor het dagelijks leven in de inrichting. Wolfheze nam het voortouw. Carp roemde in 1955 de 'voortreffelijke resultaten der sociotherapie' die hij daar had waargenomen.[1873] Tot de andere inrichtingen die zich in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig op het pad der 'sociotherapeutische' vernieuwing begaven, behoorden, voor zover thans bekend, Duin en Bosch vanaf 1950 (groepstherapie, dat wil zeggen psychotherapie in groepsverband), Maasoord vanaf 1953 (groepstherapie en later 'psychodrama' alsmede 'zaalraden'), de St. Willibrordusstichting vanaf 1953 (groepstherapie en de ICT-nieuwe-stijl van Vaessen) en de Willem Arntsz Stichting vanaf 1961 (nagenoeg zelfstandige huisvesting voor chronische patiënten).[1874] Behalve uit buitenlandse, hoofdzakelijk Britse, Amerikaanse en Franse voorbeelden, konden psychiaters inmiddels inspiratie putten uit voorbeelden in eigen land.

Met name in het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz (1946), de neuroseklinieken Veluweland te Ederveen (1949) en de Viersprong te Halsteren (1957) werkten psychiaters volgens principes van de therapeutische gemeenschap (TG).[1875] Dat hield in dat ongeveer acht à tien patiënten in groepsverband een therapeutisch traject doorliepen. Uitgangspunt was dat groepsleden verantwoordelijkheid droegen voor hun medepatiënten en voor hun eigen behandeling. Tijdens de zogenoemde *patient-staff meeting* bespraken de patiënten het groepsproces, leverden zij commentaar op elkanders gedrag en namen zij op democratische wijze besluiten over de dagelijkse gang van zaken op de afdeling en over de behandeling. De achterliggende gedachte was dat de betrokkenen zich op die manier beter zouden kunnen uiten, meer rekening zouden leren houden met anderen en de grenzen van de eigen vrijheid zouden ervaren. Volgens Carp, die eind 1952 in de Jelgersmakliniek was begonnen met sociotherapie in de lijn van Daumézon en Sivadon, ging het er om patiënten door middel van groepstherapie en psychodrama te leren 'aan de existentie van de ander' deel te nemen. 'Het is in de omgang met de ander, dat de omgang met het eigen zelf wordt bevorderd', zo schreef hij.[1876]

In Wolfheze trachtte Van der Drift, sedert 1953 geneesheer-directeur, op diverse manieren aan het sociotherapeutische gedachtengoed invulling te geven. Reeds in datzelfde jaar constateerden onafhankelijke deskundigen in een rapport dat 'de behandeling van de patiënt als een blad aan de boom werd omgekeerd'.

> De hekken om de paviljoens waren gesloopt, contact tussen mannen en vrouwen was mogelijk gemaakt, eenvormige gestichtskleding had plaats gemaakt voor fleuriger, zelfgekozen dracht, een schoonheidsspecialiste schonk aandacht aan de uiterlijke verzorging en naast zinvolle bezigheden behoorden ook vakantie-uitstapjes tot het levenspatroon.

[1873] Carp 1955, 63.

[1874] Zie over Duin en Bosch: Blok 1997c, 184. Santpoort, dat vanouds een voortrekkersrol had gespeeld en dat vanaf eind jaren zestig met de therapeutische gemeenschappen Amstelland en Rijnland weer zou gaan doen, bleef vooralsnog achter bij deze ontwikkeling. Over Maasoord/Deltaziekenhuis: Bakker 1999b, 109. Over de St. Willibrordusstichting: Bakker en De Goei 2002c. Over de Willem Arntsz Stichting: Dankers en Van der Linden 1996, 94-103.

[1875] Zie voor nadere informatie over de therapeutische ontwikkelingen in Veluweland: De Goei 2007b.

[1876] Carp 1955, 27, hoofdstuk IV. Zie ook Blok 1997c, 182-183.

De achterliggende gedachte was dat 'wie de opvoeding van verantwoordelijke mensen voor ogen staat […] gelijktijdig ook [moet] proberen levens-omstandigheden te scheppen die in de "vrije maatschappij" als normaal gelden.'[1877] Van der Drift onderscheidde drie hoofdrichtingen in de ontwikkeling van de verpleging: de arbeidstherapie, de actievere therapie en 'de richting van de heropvoeding'. Hij beschouwde de 'reëducatieve gedachte' als het fundament van het therapeutisch bouwwerk. 'Het komt', zo schreef hij, 'vooral aan op een verantwoordelijkheids- en vertrouwens-paedagogie.' Behalve door middel van de hierboven vermelde versoepeling van het inrichtingsregime, bracht hij deze heropvoedingsgedachte in praktijk door na zijn aantreden als geneesheer-directeur 'medebestuur' in de vorm van 'zaalraden' in te voeren. Een zaalraad bestond uit een achttal bewoners van een paviljoen die in overleg met het paviljoenshoofd waren uitgekozen. Eén van hen werd tot voorzitter benoemd. De zaalraden waren medeverantwoordelijk voor

> de orde op zaal, voor de reinheid, voor de goede toon, voor de gezelligheid, voor het regelen van de ontspanning […], voor het regelen van de corvee, voor het toezicht op de kleding, haardracht, baardgroei; ze beraden zich over de plaatsen aan tafel, zorgen voor een behoorlijke ontvangst van nieuw aangekomenen, brengen de wensen van de zaal aan de leiding van de verpleging over enz.

De betekenis van de zaalraden was volgens Van der Drift gelegen in:

> de gezagsfactor van binnenuit, het vertrouwens- en verantwoordelijkheidsaspect, het aspect van hulpvaardigheid en strijdlust, van zelftucht en wedijver, van gemeenschapstructurering, van het geven van gezagservaringen, verzwakking van de tegenstelling bevoegden en onmondigen, en het belangrijk aspect van waardigheidsherstel en voorbereiding voor vertrek.[1878]

Daarnaast ontplooide Van der Drift, zoals gezegd, tal van initiatieven op het gebied van de creatieve of culturele therapie. De totstandkoming van het sociotherapeutisch centrum (STC) in 1961, waar zo'n 300 van de in totaal 800 patiënten van Wolfheze in groepjes van zes in dubbele rijtjeswoningen op het terrein werden ondergebracht en gezamenlijk, zo nodig met hulp van een 'sociotherapeut', hun huishouding voerden, vormde een volgende stap in het beleid van heropvoeding tot verantwoordelijkheid. Hieraan lag dezelfde gedachte ten grondslag als aan de vooroorlogse 'verplegerloze ruimtes' van Duin en Bosch en Santpoort. [1879]

In datzelfde jaar werden in een voormalig winkelpand in de nabijheid van het Willem Arntsz Huis te Utrecht een zestal 'sterk gehospitaliseerde' vrouwelijke patiënten, die, naar Dankers en Van der Linden meedelen, 'door het langdurige verblijf in de inrichting apathisch, afhankelijk en onderdanig' waren geworden, ondergebracht. Evenals in het STC te Wolfheze voerden zij met behulp van een verpleegster zelfstandig hun huishouding. In 1967 zou de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder met een soortgelijk

---

[1877] Boersma et al. 1983, 32-33. Zie voor een uitgebreidere beschouwing over Van der Drift: Vijselaar 2007c.
[1878] Van der Drift 1954, 228, 230, 234.
[1879] Brinkman 1984, 321-322. Zie 2.3.5. Gestichtsheren verenigd.

initiatief volgen.[1880] Inmiddels waren ook her en der de eerder genoemde sluisinternaten opgericht om voor patiënten de overgang vanuit een psychiatrische inrichting naar de maatschappij te vergemakkelijken.

Overigens bleef de voor Wolfheze aangestipte 'normalisering' van het inrichtingsleven, zoals die zich manifesteerde in het slopen van hekken tussen paviljoens, het niet langer scheiden van mannen en vrouwen, het afschaffen van gestichtskleding en het organiseren van vakantieuitstapjes, evenmin tot deze inrichting beperkt. Zo zorgde Tolsma er al spoedig na zijn aantreden als geneesheer-directeur van Maasoord voor dat tussen 1952 en 1954 de hekken rond de paviljoens verdwenen.[1881] Op Dennenoord werden onder geneesheer-directeur Doff in de tweede helft van de jaren vijftig de hoge hekken eveneens afgebroken, gingen patiënten hun eigen kleding dragen en vierden zij vakantie op Ameland.[1882] Voor patiënten van Santpoort, Duin en Bosch en Medemblik werden vanaf eind jaren vijftig kampeerweken georganiseerd.[1883] Ook patiënten van Endegeest kregen vanaf begin jaren zestig meerdaagse vakanties aangeboden.[1884] Dergelijke ontwikkelingen deden zich in de jaren vijftig vooralsnog op bescheiden schaal en in een beperkt aantal inrichtingen voor. Naarmate in de loop van de jaren zestig de welvaart toenam en de normen voor wat als acceptabel gold werden opgeschroefd, vonden ze, zoals we zullen zien, wijdere verspreiding.[1885]

Afgezien van de hierboven aangestipte introductie van sociotherapeutisch georiënteerde behandelvormen in een aantal inrichtingen, valt bovendien nog te wijzen op de toename van individuele psychotherapeutische gesprekken, althans in een inrichting als Endegeest. Daar ging, naar Vijselaar op grond van dossieronderzoek heeft vastgesteld, vanaf halverwege de jaren vijftig het psychotherapeutisch gesprek in een aantal gevallen deel uitmaken van de behandeling. Aanvankelijk gebeurde dit nog op kleine schaal. Pas in een later stadium, eind jaren zeventig en zeker in de jaren tachtig, zouden psycho- en ook sociotherapie 'de hele therapeutische cultuur [van Endegeest] doordringen'.[1886] Voor zover psychiaters in andere inrichtingen in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig van psychotherapie gebruik maakten - onze kennis hierover is echter beperkt - lijkt deze overwegend in groepsverband te zijn bedreven. Daar waren niet alleen vakinhoudelijke, sociotherapeutisch getinte argumenten voor – het had ook praktische voordelen vanwege de mogelijkheid om meer mensen tegelijk te behandelen. Dat gold ook voor de St. Willibrordusstichting waar Vaessen vanaf begin jaren vijftig vorm gaf aan 'psychotherapie in inrichtingsverband': weliswaar werd daar ook psychotherapie op individuele basis gegeven, maar groepspsychotherapie bleek al spoedig een groter bereik te hebben.[1887] Ook de creatieve therapie beschouwde Vaessen als een vorm van psychotherapie. En daar bleef het niet bij: vanaf 1958 golden in het jaarverslag ook de arbeidstherapie, de ontspanning en de sport (bewegingstherapie), die voorheen bij de actievere therapie hoorden, als vormen van psychotherapie.[1888]

[1880] Dankers en Van der Linden 1996, 99-100.
[1881] Bakker 1999b, 89-90.
[1882] Vlaanderen 1984, 303-304.
[1883] Blok 1997c, 185.
[1884] Blok 1998b, 176-177.
[1885] Zie 3.4.7. Patiënten in de psychiatrische inrichting.
[1886] Zie ongepubliceerd dossieronderzoek J. Vijselaar; vergelijk Blok 1998b, 150, 158-159 en 179.
[1887] Bakker en De Goei 2002c, 146-158.
[1888] Bakker en De Goei 2002c, 157-158.

In enkele inrichtingen en klinieken werd psychotherapie in de jaren vijftig soms gecombineerd met somatische therapieën. In Brinkgreven, Veluweland en de psychiatrische klinieken van de Amsterdamse Gemeente Universiteit en de Universiteit van Leiden maakten C.H. van Rhijn, Arendsen Hein en Bastiaans in hun psychotherapeutische behandelingen gebruik van LSD en andere geestverruimende chemische middelen ten einde patiënten toegankelijk te maken voor bepaalde vormen van psychotherapie. Daarnaast vond de zogenaamde koolzuurtherapie, die de Heerlense neuroloog J.G.Y. de Jong vanuit de Verenigde Staten introduceerde, toepassing. Naast De Jong wendden F.M. Havermans, W.G.J.M. van Trier en Carp deze aan, onder andere om homoseksualiteit te behandelen. Patiënten werden door middel van inhalatie van een gasmengsel van kooldioxide en zuurstof gedurende korte tijd buiten bewustzijn gebracht. Deze narcosetoestand zou de herbeleving van en het praten over onbewuste conflicten en traumatische ervaringen bevorderen.[1889]

3.4.5. *Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde*

Als lid van de Belgische Congregatie van Onze Lieve Vrouw van Lourdes kreeg broeder Sergius (Piet Stevens) na zijn noviciaat opdracht om in de psychiatrie te gaan werken en de B-opleiding te volgen.[1890] Zo werd hij in 1947 op negentienjarige leeftijd naar de St. Willibrordusstichting te Heiloo gestuurd. Eerst kwam hij te werken op een afdeling voor zwakzinnigen en na een klein jaar op een afdeling voor zwaar gestoorde 'verblijfspatiënten'. In het tweede jaar van zijn opleiding werd hij overgeplaatst naar Voorburg te Vught omdat daar 'iemand nodig' was.[1891] In Voorburg verpleegde hij 'demente incontinente bejaarden' en werkte hij vervolgens, tot aan het eind van zijn opleiding, op de opnameafdeling. Direct na zijn B-examen kon hij vanwege zware tuberculose enkele jaren niet werken. Eenmaal hersteld, vertelde Stevens, wilde hij graag een positie die hem een uitdaging bood. Zo werd hij hoofd van de opnameafdeling. 'Ik was erg jong, tweeëneenhalf jaar gediplomeerd en had als gediplomeerde niet meer gewerkt. Tot mijn uiterste moeten gaan, maar het ging prima.'[1892]

Na het vertrek van de toenmalige docent werd Stevens met het onderwijs van verplegenden belast. 'Het was alleen verpleeg*techniek*, dat werd gegeven', aldus Stevens, 'sondes, catheters, puncties, lumbaalpunctiespullen klaarzetten.' In 1957 kwam de Inspectie met een rapport over een nieuwe opzet van de B-opleiding. Naar zijn visie gevraagd, merkte hij op dat er weinig aandacht was besteed aan het eigen karakter van de psychiatrische verpleging en dat hij 'een stuk pedagogie' miste. Toen Stevens twee jaar later weer naar de St. Willibrordusstichting terugkeerde, kreeg hij de dubbele taak van afdelingshoofd en docent. Samen met enkele collega-docenten en in overleg met leidinggevende verpleegkundigen uit andere katholieke psychiatrische inrichtingen - de

---

[1889] Havermans 1953; De Jong 1954; Van Trier 1954; Carp 1958; Snelders 2000, 103-210.

[1890] Interview broeder Piet Stevens, broeder Sergius d.d. 11 september 1999, afgenomen door G.J.C. aan de Stegge. Met dank aan Aan de Stegge. Zie over broeder Piet Stevens ook: Bakker 2002d, 226-228. Zij baseren zich tevens op een door C. Th. Bakker aan Stevens afgenomen interview d.d. 9 augustus 2000.

[1891] Behalve in de 'eigen', in 1930 geopende psychiatrische inrichting de St. Willibrordusstichting was de Congregatie van de Broeders van Onze lieve Vrouw van Lourdes in Nederland al langer betrokken bij de verpleging in Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch (1853), Coudewater te Rosmalen (1870) en Voorburg te Vught (1885). Kappelhof 1992, 70-71, 92-95; Bakker 2002a, 21-28.

[1892] Ervan uitgaande dat Stevens in 1950 zijn B-diploma behaalde, zal hij in 1953 hoofd van de opname afdeling in Vught zijn geworden.

zogenaamde Bond van Zaterdagvliegers - boog hij zich over de vraag wat psychiatrisch verplegen inhield of zou moeten inhouden. In 1961 bundelden zij hun teksten onder de titel *Psychiatrische verpleegkunde*.[1893] Het ging er in de psychiatrische verpleegkunde onder meer om, zo stelde Stevens, dat verplegenden

> veranderingen aan proberen te brengen in het gedrag van individuele mensen of in processen en wat je aan doelstellingen moet formuleren en meetbare zaken vaststellen. Dat is verpleging, ik kan niet zomaar gaan verplegen, ik moet een doelstelling hebben. Een doelstelling is als ik na goede observatie vaststel dat deze patiënt na een half jaar zelfstandig kan wonen, zij het met enige begeleiding.

Vroeger was dat, vervolgde Stevens, anders, toen stelde men het zonder doelen:

> […] toen was men nog bewaker. De beste verpleger was toen als er geen onrust was. De afdeling waar niks gebeurde, waar nooit problemen waren. Waar orde was, tucht was en iedereen in het gareel liep. Zich niet realiserende dat je gestichtsmensen aan het kweken was.[1894]

Over de psychofarmaca was Stevens goed te spreken. Hij had veel patiënten zien opknappen bij medicatie. Maar het was niet alleen een kwestie van

> medicijnen erin stoppen en dan verder laten. Het vervolg was dat wij zelf gingen geloven we kunnen iets. We kregen geloof en je kreeg sterker betrokkenheid en bemoeienis met de patiënten, je dacht dat iets haalbaar was, je ging positief gedrag uitlokken, je werd al met al actiever.

Stevens stopte in 1989 met werken. 'Op een gegeven moment werd het teveel, ik kreeg meer vakken, toen kon ik het niet meer blijven volgen. […] Ik was de langst zittende verpleegkundige. Toen ben ik nog tot mijn 65ste vrijwilliger geweest.'

De loopbaan van Piet Stevens illustreert, evenals die van de gereformeerde krankzinnigenverpleger Andries Kaptijn[1895], dat andere overwegingen dan een specifieke roeping tot het verplegen van geesteszieken van doorslaggevend belang konden zijn om iemand tot dit werk te brengen. Voor Kaptijn was het, in crisistijd, een manier om je brood te verdienen. In het geval van Stevens was het zijn religieuze roeping die hem, in opdracht van zijn congregatie, in de krankzinnigenverpleging deed belanden. Beiden ontwikkelden vervolgens een grote affiniteit met hun beroep. Stevens behoorde tot de eerste generatie verplegenden die begin jaren zestig met een eigen visie op hun vak, nu psychiatrische verpleegkunde geheten, naar buiten kwam. Dat juist vanuit katholieke hoek een dergelijk initiatief tot stand kwam, hing vermoedelijk mede samen met de bijzondere verhouding tussen (mannelijke) religieuzen en medische staf, zoals Stevens aangaf:

[1893] Br. Adrianus et al. 1961.
[1894] Interview met Piet Stevens d.d. 11 september 1999.
[1895] Zie 2.3.3. Een verpleger ‘van de oude stempel'.

> Een leek moet altijd oppassen dat hij zijn baantje niet kwijtraakt. Ik had geen arbeidscontract, ze konden niet om mij heen. Artsen hadden kunnen klagen tegen de overste, maar ik kon niet ontslagen worden, hooguit overgeplaatst. Wij konden gerust een eigen mening hebben, we konden geen doktertje spelen, maar we hadden wel een eigen positie.[1896]

Het verhaal van Stevens laat tevens zien welk verschil de psychofarmaca maakten voor patiënten én verpleging. Zijn overplaatsing van de St. Willibrordusstichting naar Voorburg had te maken met het grote tekort aan verplegend personeel in de naoorlogse periode. Dit probleem staat centraal in de volgende paragraaf.

3.4.6. *'Het verpleegsterstekort'*

De vrouwelijke vorm was gangbaar om het tekort aan verplegend personeel aan te duiden. [1897] Dit werd deels in de hand gewerkt omdat het tekort zowel gold voor algemene ziekenhuizen (de A-verpleging) als voor psychiatrische inrichtingen en sanatoria (de B-verpleging). Meer nog dan de B-verpleging gold de A-verpleging als een vrouwelijk beroep. Halverwege de jaren vijftig bleek dat het tekort in de algemene ziekenhuizen (10 procent) inmiddels aanzienlijk minder groot was dan in de psychiatrische inrichtingen (30 procent).[1898] In feite was er in de psychiatrische inrichtingen en aanverwante voorzieningen niet alleen een tekort aan vrouwelijke, maar ook aan mannelijke verplegenden. Weliswaar werd het tekort aan vrouwen als het meest nijpend ervaren, maar dat nam niet weg dat er ook behoefte was aan meer mannen. Bovendien gaf de teruggang van het aantal gediplomeerden reden tot zorg. Voor inrichtingen van congregaties kwam daar nog bij dat het aantal roepingen afnam, waardoor de toestroom van religieuzen in de verpleging stokte. De congregaties zagen zich dan ook genoodzaakt leken te werven. In de St. Willibrordusstichting maakte de eerste lekenverpleger zijn entree in 1954. Elf jaar later werden er in deze inrichting voor mannen ook lekenverpleegsters aangesteld.[1899] In St. Antonius te Leur, een inrichting van de congregatie van Penitenten-Recollectinen, kwam de eerste lekenverpleegster in 1955 in dienst.[1900] In de beide inrichtingen van de Broeders van Liefde, St. Servatius te Venray en St. Bavo te Noordwijkerhout, en in die van de Zusters van Liefde, St. Anna te Venray en vermoedelijk ook Sancta Maria te Noordwijkerhout, waren overigens al ruim vóór de oorlog, ten minste vanaf eind jaren twintig, lekenverplegers of -verpleegsters ingeschakeld.[1901]

In de vakbladen werd het tekort aan verplegenden vooral in termen van verpleegsters becijferd.[1902] Zelfs achter een sekseneutrale titel van een artikel als 'Het personeelstekort in de Psychiatrische Inrichtingen' uit 1946 ging een seksespecifieke boodschap schuil, namelijk dat er een tekort was aan vrouwen. De auteur, geneesheer-

---

[1896] Interview met Piet Stevens d.d. 11 september 1999.
[1897] Zie ook Groen 1992, 18-19.
[1898] Baay 1956. Zie voorts Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1899] Bakker 2002d, 228-234. Het personeelstekort bleef ook na het aantrekken van vrouwelijk verplegend personeel bestaan. Dit kwam door de invoering van de vijfdaagse werkweek in 1966 en een forse afname van het aantal broeders vanaf 1966 – het aantal roepingen daalde terwijl het aantal uittredingen steeg.
[1900] Willemsen 1997, 232.
[1901] Klijn 2007b; Marlet 2005, 324.
[1902] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

directeur Engelhard van de Willem Arntsz Stichting, legde in zijn moreel beladen betoog uit dat het belang van ongeveer 24.000 geesteszieken, drie op elke duizend Nederlanders, in het geding was.

> Niet ten onrechte wordt het cultureele peil van een volk nog wel eens beoordeeld naar de wijze, waarop het zorgt voor zijn meest deerniswekkende en hulpbehoevende leden en de minachting, die het Hitler-regime in de gansche wereld heeft geoogst, was niet het minst het gevolg van de wreede en ruwe manier, waarop het de Duitsche geesteszieken heeft mishandeld. Met schaamte mogen wij dan echter bedenken, dat ook wij onze geesteszieken niet meer naar behooren verzorgen.[…] Alles hangt hier af van het beschikbaar komen van het noodige vrouwelijke verplegingspersoneel.[1903]

Nog in hetzelfde jaar stelden de NFGV en het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde een gemeenschappelijke commissie in voor 'het verpleegstersvraagstuk in psychiatrische inrichtingen'. Op voorstel van Engelhard kwam een Voorlichtingsdienst tot stand voor alle niet-confessionele psychiatrische inrichtingen in Nederland. Die ging in 1948 van start met als voorlichtster de toen 76-jarige F. Meyboom, die als verpleegster in de algemene ziekenverpleging werkzaam was geweest.[1904] Haar opdracht luidde om jonge meisjes te werven voor de psychiatrische verpleging en meer begrip te wekken onder het publiek voor de geesteszieke medemens. Ook diende zij 'interne zending' te bedrijven, dat wil zeggen aan de geneesheren-directeur te rapporteren hoe publiek en verpleegsters over de psychiatrische inrichtingen dachten. Zuster Meyboom kweet zich uitermate energiek van haar taak. Zij verzorgde in het hele land lezingen, hield tussen 1948 en 1950 in totaal 21 radiopraatjes over de verpleging van geesteszieken en ze schreef tal van artikelen en rapporten. Vanaf 1956 gaf ze ook voorlichting over de protestants-christelijke en de katholieke psychiatrische inrichtingen. In 1959 stopte ze op 87-jarige leeftijd met deze activiteiten. Wat het effect ervan is geweest, valt op grond van het beschikbare onderzoek niet vast te stellen. Het bleef overigens niet bij louter voorlichting, maar er werden vooral ook salarismaatregelen getroffen om het werken in de B-verpleging aantrekkelijker te maken.

Zoveel is wel duidelijk dat het, afgezien van een kortstondige vermindering van het tekort in het begin van de jaren vijftig, nog geruime tijd duurde eer het tekort aan verplegend personeel in de psychiatrische inrichtingen tot min of meer aanvaardbare proporties was teruggebracht. Over de omvang en de aard van het tekort, en de criteria op grond waarvan dat in de loop der jaren werd vastgesteld, is minder informatie voorhanden dan de niet aflatende stroom van noodkreten uit het veld zou doen verwachten. Daar komt bij dat officiële, landelijke tellingen van het in psychiatrische inrichtingen werkzame verplegende personeel voor de hier behandelde periode ontbreken. Zoals eerder vermeld kwam de publicatie van Inspectieverslagen na het verslagjaar 1936 tot stilstand.[1905] Pas in 1966 kwamen landelijke, door het Nationaal

---

[1903] Engelhard 1946b.
[1904] Meyboom 1952; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1905] Zie 3.4.1. De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking.

Ziekenhuis Instituut (NZI) opgestelde statistieken over het in de psychiatrie werkzame verplegende personeel beschikbaar.[1906]

Op grond van door de Inspectie gehouden enquêtes naar de personeelssituatie in de psychiatrische inrichtingen en rapporten over het 'verpleegsterstekort' uit 1956 en 1962 valt evenwel het volgende beeld van de tekorten te construeren. Tabel 3.2 laat zien dat het totale tekort aan verplegend personeel – man, vrouw, gediplomeerd, ongediplomeerd – in de jaren 1946-1947, 1955, 1957-1959 en 1961 volgens de toenmalige opgaven ongeveer 20 procent bedroeg. Alleen het jaar 1953 vertoonde een aanzienlijk lager tekort, namelijk 9 procent. Of dit lagere tekort zich ook al in de jaren daarvoor aftekende, valt niet te achterhalen.[1907] De cijfers van 1955 en latere jaren wijzen er in ieder geval op dat het tekort reeds spoedig na 1953 snel groter werd. Het is mogelijk dat de verlaging van de minimum leeftijd voor de instroom in de A-opleiding van twintig naar achttien jaar in 1952 in het nadeel werkte van de B-opleiding, die tot dan toe als enige deze lagere leeftijdsgrens hanteerde.[1908] Uit tabel 3.2 blijkt tevens dat de tekorten aan verpleegsters zowel absoluut als relatief (dit laatste met uitzondering van 1961) steeds hoger uitkwamen dan voor verplegers. Eenzelfde verschil tekent zich nog scherper af waar het afzonderlijk de tekorten aan gediplomeerde B-verplegenden in de jaren 1946-1947 en 1961 betreft (zie tabellen 3.3 en 3.4).

[1906] De tellingen werden uitgevoerd door het NZI. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1907] Het archief van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten (ondergebracht in het Nationaal Archief te Den Haag) bevat voor de jaren 1948-1952 geen informatie over de feitelijke en de nodig geachte personeelssituatie in de psychiatrische inrichtingen. Met dank aan S. Bouman die in het Nationaal Archief extra onderzoek verrichtte naar het tekort aan verplegend personeel .

[1908] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Ook de minimum leeftijd waarop het A-examen mocht worden afgelegd werd verlaagd van 23 naar 22 jaar.

Tabel 3.2: Tekorten aan verplegers (M) en verpleegsters (V) in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1961[1909]

jaar	werkzaam M	norm M	tekort M	tekort M %	werkzaam V	norm V	tekort V	tekort V %	tekort M+V	tekort M+V %
1946	1358	1611	253	16 %	2929	3706	777	21 %	1030	19 %
1947	1363	1574	211	13 %	2817	3828	1011	26 %	1222	23 %
1953	2080	2168	88	4 %	3418	3869	451	11 %	539	9 %
1955									824	23 %
1956									1150	
1957	1960	2395	435	17 %	2752	3543	791	22 %	1226	20 %
1958	2112	2429	317	13 %	3037	3735	698	19 %	1015	16 %
1959	2155	2611	456	17 %	3016	3829	813	21 %	1269	20 %
1961	2196	2674	478	18 %	3382	4087	705	17 %	1183	18 %

Tabel 3.3: Tekorten aan gediplomeerde verplegers in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1947 en 1961

jaar	werkzaam totaal	werkzaam gediplomeerd	norm gediplomeerd	tekort/over-schot gediplomeerd	tekort/over-schot gediplomeerd %
1946	1358	928	934	6 tekort	0,6 % tekort
1947	1363	930	841	89 overschot	11 % overschot
1961	2196	1229	1493	264 tekort	18 % tekort

[1909] De bronnen voor de tabellen 3.2 tot en met 3.4 over het tekort aan verplegend personeel zijn:
Tekort 1946-1947: Rapport van Staatstoezicht. Nationaal Archief, Den Haag. Inventarisnummer 2.15.40 Archief 1187. De tellingen betreffen 36 gestichten en inrichtingen, waaronder 4 zwakzinnigeninrichtingen. Zie over het verpleegsterstekort in 1947 ook: Piebenga 1969, 388.
Tekort 1955-1956: 'Rapport verpleegsterstekort in Nederland' Utrecht 1956. In opdracht van de Commissie tot bevordering van het Ziekenhuiswezen door het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht. Hoofd: Prof. R. Hornstra uitgevoerd door J.H. Baay. Nationaal Archief, Den Haag.
Tekort 1953, 1957, 1958 en 1959: Losse bijlage. 'Psychiatrische Inrichtingen in Nederland. Overzicht sterkte verplegend personeel '53-'59. Nationaal Archief, Den Haag. Inventarisnummer: 2.15.40 Archief 1189. Zie Groen 1992.
Tekort 1961: Bijlage van hoofdinspecteur Piebenga bij rapport van de Werkgroep Verpleegsterstekort (1962). De cijfers betreffende de aanwezigheid van en de norm voor (bepaalde categorieën van) verplegend personeel zijn extrapolaties van Aan de Stegge. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
Specificaties naar al dan niet gediplomeerd zijn alleen voor de jaren 1946, 1947 en 1961 beschikbaar.

Tabel 3.4: Tekorten aan gediplomeerde verpleegsters in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1947 en 1961

jaar	werkzaam totaal	werkzaam gediplomeerd	norm gediplomeerd	tekort gediplomeerd	tekort gediplomeerd %
1946	2929	888	1305	412	32 %
1947	2817	817	1107	290	26 %
1961	3382	1013	1512	499	33 %

In een bijlage van hoofdinspecteur Piebenga bij het rapport van de 'Werkgroep Verpleegsterstekort' uit 1962 – in 1961 onder voorzitterschap van Querido door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingesteld – valt te lezen dat per 31 december 1961 wegens dit tekort maar liefst ruim 1.100 op de meer dan 27.000 beschikbare bedden in de psychiatrische inrichtingen leeg stonden. Piebenga noemde een tekort van 264 gediplomeerde verplegers (18 procent), 499 gediplomeerde verpleegsters (33 procent), 214 leerlingverplegers (18 procent) en 206 leerlingverpleegsters (8 procent).[1910]

Een extrapolatie van Piebenga's gegevens door Aan de Stegge biedt nader zicht op de verhouding tussen feitelijke en gewenste omvang en samenstelling van het verplegend personeel alsook op de daarbij gehanteerde normen.[1911] Hieruit blijkt dat de psychiatrische inrichtingen in 1961 ruim 2.240 gediplomeerden in dienst hadden: bijna 1.230 mannen (55 procent) en ruim 1.010 vrouwen (45 procent). Uitgaande van de daadwerkelijk bezette bedden was er gemiddeld 1 gediplomeerde op 12 patiënten beschikbaar – evenveel als in 1930.[1912] Kennelijk gold anno 1961 een ratio van 1 op 9 als norm, dat wil zeggen in totaal zo’n 3.010 gediplomeerden van wie bovendien de helft tot het vrouwelijke geslacht zou moeten behoren. Het aantal leerling-verplegenden bedroeg in 1961 volgens de extrapolatie van Aan de Stegge bijna 3.340, van wie bijna 970 mannen (29 procent) en zo’n 2.370 vrouwen (71 procent). Afgaande op de door Piebenga opgevoerde tekorten hanteerde hij als norm een totaal van ongeveer 3.760 leerlingen met een verdeling van 31 procent mannen en 69 procent vrouwen. Het totale personeelsbestand zou op zo’n 6.770 moeten uitkomen, hetgeen, bij volledige benutting van het beddenbestand, 1 verplegende op 4 patiënten zou opleveren, tegenover de feitelijke ratio van 1 op ruim 4,5 in 1961 en 1 op 5 in 1936. Kennelijk hanteerde Piebenga een norm van zo'n 45 procent gediplomeerden, 5 procent meer dan het feitelijke personeelsbestand op dat moment.

Het door Piebenga voor 1961 vermelde tekort aan gediplomeerden, en dan met name gediplomeerde vrouwen, leek niet zozeer het gevolg te zijn van een stagnatie of achteruitgang in het aantal behaalde B-diploma's. Naar Aan de Stegge heeft berekend behaalden in de periode 1931-1940 ruim 4.300 mensen hun B-diploma, in de periode 1941-1950 ruim 4.400, waarna de periode 1951-1960 een toename tot bijna 5.500 te zien gaf.[1913] Vergeleken met de jaren dertig kwamen de jaren veertig er dus per saldo niet eens zo slecht af. Vervolgens werden in de jaren vijftig ruim 1.000 B-verplegenden méér opgeleid dan in de jaren veertig. Driekwart van deze stijging kwam op het conto van verplegers. Dat lijkt veel, maar in feite trad er in de jaren vijftig aanvankelijk een herstel op van de vooroorlogse verhoudingen. Het aandeel van mannen onder de nieuwe gediplomeerden was namelijk in de jaren veertig (17 procent) achtergebleven ten opzichte van de jaren dertig (21 procent) om daarna in de jaren vijftig weer bij te trekken en bovendien het vooroorlogse niveau te passeren (27 procent). De stijging ging in de

---

[1910] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV; Piebenga 1964, 402.
[1911] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1912] Zie 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep. Bij de vergelijking van dergelijke ratio’s door de tijd heen zou, in verband met de arbeidstijdverkorting, ook het aantal gewerkte uren verdisconteerd moeten worden.
[1913] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

jaren zestig (35 procent) en ook in de beide daaropvolgende decennia (43 respectievelijk 44 procent) door.

Hoewel het aandeel van vrouwen dat een B-diploma behaalde terugliep van 79 procent in de jaren dertig naar 73 procent in de jaren vijftig en 65 procent in de jaren zestig, lag daar niet de kern van het probleem. Het door Piebenga gesignaleerde tekort aan gediplomeerde verpleegsters hield primair verband met het aanzienlijke verloop onder hen.[1914] Ook nadat in 1957 de bepaling dat vrouwelijke ambtenaren moesten worden ontslagen als ze trouwden, was opgeheven - een maatregel die uiteraard formeel niet van toepassing was op particuliere psychiatrische inrichtingen - vielen er nog barrières te slechten, bijvoorbeeld door gehuwde vrouwen het werken in deeltijd toe te staan.[1915] Voor 'kostwinners' - vooral gediplomeerde verplegers - waren dankzij overheidsmaatregelen de vooruitzichten in de psychiatrie al eerder verbeterd. Vanaf 1949 verdienden zij een tientje meer dan elders in de verpleging en de invoering van een pensioenregeling in 1952 alsook een verplichte werkloosheidsverzekering in 1953 hield een verdere verbetering van hun arbeidsvoorwaarden in.[1916] Overigens was reeds eind 1947 een loonmaatregel afgekondigd waardoor het mogelijk werd dat (leerling)verplegenden in de psychiatrie minstens 100 gulden meer zouden gaan verdienen dan verpleegsters in een algemeen ziekenhuis.[1917] Ook kwam een werktijdverkorting tot stand: in 1948 van 55 naar 51 uur per week, in 1957 naar 48 uur, en in 1961 naar 45 uur per week.[1918] Uiteraard kon deze het personeelstekort op tweeërlei wijze beïnvloeden: in positieve zin doordat hierdoor meer personeel viel te werven, maar ook in negatieve zin aangezien er meer personeel nodig was.

Het is in ieder geval duidelijk dat de Nederlandse overheid inmiddels een actievere rol speelde bij de uniformering en verbeteringen van de rechtspositie van verplegenden. Daarmee ging een al langer door de NVGA gekoesterde wens in vervulling. Een in 1946 door deze vereniging aan de minister van Binnenlandse Zaken aangeboden 'Rapport over de opleiding en de positie van verplegenden in de gestichten en psychiatrische inrichtingen' liet niets aan duidelijkheid te wensen over. Er viel nog heel wat aan hun positie te verbeteren. Een belangrijke steen des aanstoots vormde 'de onderlinge concurrentie tusschen de verschillende gestichten, waardoor reeds lang gewenschte regelingen e.d., altijd maar weer werden uitgesteld, in afwachting van wat "de anderen" zouden doen.' In dit verband constateerde de NVGA dat het voor de oorlog had ontbroken aan voldoende sturing door de overheid.[1919] Met de overheveling in 1947 van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van de afdeling Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar het Ministerie van Sociale

---

[1914] Hoe groot dit verloop precies was en hoe het was verdeeld naar redenen voor vertrek, kon niet worden vastgesteld.

[1915] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Aan de Stegge verwijst naar een reactie van H. Verwey-Jonker op de afschaffing van de ontslagbepaling door het vierde kabinet Drees. Verwey-Jonker was van oordeel dat de belangrijkste remedie tegen het tekort aan vrouwelijke arbeidskrachten niet zozeer was gelegen in wervingscampagnes onder schoolverlaters maar in het toestaan van deeltijdarbeid aan gehuwde vrouwen.

[1916] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1917] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1918] De Laat 1984, 52. Zie over de arbeidstijden tijdens het interbellum: 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep.

[1919] Engelhard 1946a, 64.

Zaken, waaronder ook het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ressorteerde, leek een nieuwe tijd te zijn aangebroken. Niet alleen werden, om nogmaals de woorden van NVPN-voorzitter Kraus te citeren, 'de boeien, waardoor de krankzinnigenverpleging was geklonken aan het armwezen […] geslaakt', ook betekende de onderbrenging van de krankzinnigenzorg in één ministerie tezamen met volksgezondheid dat de eerste meer dan voorheen als gezondheidszorg gold en kon meeliften met een actiever wordend overheidsbeleid op dit terrein, bijvoorbeeld waar het ging om oplossingen voor het 'verpleegsterstekort'.[1920]

Anno 1962 schreef de 'Werkgroep Verpleegsterstekort' het toenmalige tekort, zowel in de A als in de B, toe aan een slinkend aantal beschikbare vrouwen en een toegenomen vraag naar zorg. De geringere beschikbaarheid van vrouwen was volgens de werkgroep het gevolg van het verdwenen vrouwenoverschot, de inmiddels verlengde opleidingen voor meisjes, de dalende huwelijksleeftijd en emigratie. Ten einde het verpleegstersberoep aantrekkelijker te maken deed de werkgroep tal van aanbevelingen, waaronder een betere begeleiding van leerling-verpleegsters op de werkplek, afschaffing van de verplichte interne huisvesting, gezamenlijke patiëntenbesprekingen tussen geneeskundig en verplegend personeel, en het bieden van een carrièreperspectief. [1921]

Vergeleken met tien jaar eerder, toen voorlichting en verbetering van de arbeidsvoorwaarden als belangrijkste remedies voor het personeelstekort werden ingezet, getuigen deze aanbevelingen uit het begin van de jaren zestig van vernieuwingsgezindheid - een vernieuwingsgezindheid die ook reeds viel te bespeuren toen hierboven de toekomst van de psychiatrische inrichting en het therapeutisch regime ter sprake kwamen.[1922] Hoewel de exameneisen voor de B-opleiding, zoals onder meer vastgelegd in het praktijk- en rapportenboekje, tussen 1933 en 1970 nagenoeg ongewijzigd bleven, kwam in 1957 op instigatie van de Inspectie wel een discussie over de inhoud van de opleiding op gang tussen de examencommissie van de NVPN, de Vereniging van R.K. Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verpleging van Geestes- en Zenuwzieken. De besprekingen mondden nog in hetzelfde jaar uit in het *Rapport diploma-B*, waar broeder Stevens al gewag van maakte.[1923] Op de vraag welke eisen aan de 'bevoegde B-verpleegsters' – de mannelijke vorm bleef achterwege – gesteld moesten worden, luidde het antwoord: 'De verpleegster moet een hulp zijn voor patiënt en arts.' Ze moest kunnen observeren, rapporteren en verzorgen. Ook was zij in hoge mate verantwoordelijk voor 'het scheppen van een therapeutische sfeer'. Kennis van 'de andere en de eigen persoon', de ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid en van de 'moderne neuroseleer en maatschappijleer' was volgens het *Rapport* onmisbaar. Het lespakket van de driejarige opleiding zou in ieder geval uit de volgende onderdelen moeten bestaan: algemene ontwikkeling, persoonlijkheidsvorming, psychiatrie, sociale psychiatrie, neurologie, psychologie, sociale psychologie, ontwikkelingspsychologie, 'bouw en verrichtingen' (van het menselijk lichaam), ziekteleer, hygiëne, EHBO, natuur- en scheikunde, handenarbeid en actievere therapie.

[1920] Zie over de 'samenvoeging' van de krankzinnigenzorg met volksgezondheid: De Goei 2001, hoofdstuk 3.
[1921] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1922] Zie 3.4.2. De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting en 3.4.4. 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'.
[1923] Aan de Stegge 2004, 89; Bakker 2002d, 225-226.

Zoals in de vorige paragraaf reeds bleek, was broeder Stevens niet onverdeeld gelukkig met het *Rapport*. In feite vond hij het een gemiste kans dat uitgerekend in de 'psychische verpleging' de aandacht voor pedagogiek ontbrak. Samen met enkele andere katholieke broeders stelde hij vervolgens begin jaren zestig een eigen cursusboek voor de B-verpleging samen, nu psychiatrische verpleegkunde geheten, waarover hieronder meer.[1924] De 'emancipatie' van verplegend personeel begon dus bij mannen uit congregaties: broeders die zich, zoals Stevens het verwoordde, als religieuzen ten opzichte van artsen een eigen mening konden permitteren zonder dat hun dit op ontslag kon komen te staan en die bovendien als verplegers leidinggevende posities bekleedden, die in gemengde, niet-katholieke psychiatrische inrichtingen aan vrouwen waren voorbehouden. In dit laatste kwam trouwens, als gevolg van een advies van de Commissie Verpleegsterstekort uit 1962, al spoedig verandering: voortaan mochten mannelijke verplegenden ook in gemengde inrichtingen leidinggevende posities innemen.[1925]

Uit de naoorlogse edities van de leerboeken voor de B-opleiding valt het volgende op te maken.[1926] In de tweede helft van de jaren veertig verschenen herziene edities van de drie toonaangevende leerboeken: het gereformeerde, het rooms-katholieke en het neutrale.[1927] Ongeacht de signatuur benadrukten alle auteurs, conform de principes van de actievere therapie zoals die in Nederland vanaf de tweede helft van de jaren twintig op voorspraak van Van der Scheer waren geïntroduceerd, het centrale belang van ‘opvoeding’ door middel van conditionering op basis van straf en beloning. Daarnaast kregen de nieuwere, somatische behandelmethoden, waaronder de electroshock en de insulinekuur, aandacht. In edities uit de jaren vijftig – alleen het gereformeerde en het neutrale leerboek beleefden nieuwe (herziene) edities – laat zich een kentering bespeuren, waarvan reeds voordat de nieuwe psychofarmaca hun intrede deden, de eerste tekenen zichtbaar werden. Had in de eerder verschenen edities van de leerboeken een aanzienlijk groter accent gelegen op straffen dan op belonen, met ingang van de in 1952 verschenen vierde editie van het neutrale leerboek van A.P. Timmer kwam hierin verandering. Niet alleen had Timmer op een aantal cruciale plaatsen de term ‘straf’ laten vervallen, ook nam hij expliciet stelling tegen bepaalde ‘behandelingen’, zoals het vastbinden van patiënten op bed, de permanente badbehandeling en de inwikkeling.[1928] Verplegenden zouden minder dwang moeten gebruiken bij de ‘opvoeding’ van hun patiënten. Met name bij zijn bespreking van de actievere behandeling gaf Timmer er blijk van meer te verwachten van positieve stimulansen dan van ‘correcties’. Hij vond de methode van Simon ‘te “Duits”’.

> De strenge discipine, de strenge dressuur mogen voor een doorsnee Duitser als het toppunt van vervolmaking gelden, naar ons inzicht wordt de gestichtspatiënt door deze methode teveel tot een willoos product van dressuur opgevoed […] Niet tot

[1924] Br. Adrianus et al. 1961.
[1925] Aan de Stegge 2004, 92.
[1926] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie over dwangmaatregelen in de leerboeken: Aan de Stegge 2005a.
[1927] Het betrof respectievelijk: Haverkate en Hamer 1946; Schim van der Loeff en Barnhoorn 1947; Timmer 1947.
[1928] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

> een zelfstandig denkend wezen, doch tot een op bevelen volmaakt reagerende automaat […] Derhalve heeft men hier te lande […] de ontplooiing van de eigen persoonlijkheid van de patiënt nagestreefd. Zo heeft men hier direct oog gehad voor de grote betekenis van beloning en ontspanning.[1929]

Een stimulerende opvoeding door de verplegenden was dan ook het devies. Meer in het algemeen vroeg Timmer aandacht voor de kwaliteit van de relatie tussen patiënten en verplegenden. In de vijfde en tevens laatste druk, die in 1957 verscheen, bleef Timmers betoog nagenoeg ongewijzigd. Hij voegde er alleen een korte, positief getoonzette beschrijving van de nieuwe medicamenten Largactil en Serpasil aan toe. Verder was alleen de voorheen door Querido, maar nu door A. Sunier geschreven tekst over sociale psychiatrie gewijzigd. Sunier benadrukte dat de sociaal-psychiatrisch verpleegster – een functie die tot 1965 was voorbehouden aan vrouwen[1930] - de situatie vooral van de patiënt uit moest bezien en 'niet vanuit een vooropgezet ideaalbeeld'.[1931] De sociaal-psychiatrisch verpleegster 'zal haar gesprek luisterend en waarnemend moeten leren voeren en op deze wijze zonder bevooroordeling een inzicht in de structuur niet alleen van de patiënt, maar van zijn huidige situatie vooral, verkrijgen […] Het gaat immer niet alleen om wat gezegd wordt maar om hoe het gezegd wordt en hoe men moet begrijpen'.[1932]

Het van oorsprong gereformeerde *Schermers' Leerboek* kreeg met ingang van de negende, onder redactie van B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma zowel inhoudelijk als qua confessionele achtergrond van de meewerkende auteurs breder opgezette en fors herziene editie van 1956 een nieuwe titel: *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken*.[1933] Latere uitgaven van dit leerboek - in 1960 en 1964 - bleven vervolgens ongewijzigd. Voor geestelijke hygiëne en sociale psychiatrie waren vijftig pagina's ingeruimd, aanzienlijk meer dan de luttele zes pagina's waarmee deze onderwerpen in de achtste druk van *Schermers' Leerboek* waren bedeeld.[1934] De ambulant werkzame sociaal-psychiatrisch verplegende had inmiddels een zelfstandig, maar in teamverband uit te voeren takenpakket. 'De zuster', aldus S.J.P. Dercksen, de auteur van dit onderdeel, 'behoort niet meer louter de uitvoerster te zijn van de opdrachten van de dokter, maar zij moeten samen een team vormen, waarin elk een zelfstandige taak heeft bij onderzoek en behandeling.' Vervolgens, zo signaleerde Dercksen, 'zien we als derde figuur in het team

---

[1929] Timmer 1952, 322. Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1930] Tot 1965 stond de opleiding B-nazorg alleen open voor vrouwen aangezien hiervoor een diploma wijkverpleging was vereist. De opleiding tot wijkverpleegkundige kon slechts worden gevolgd als men beschikte over de kraamopleiding die alleen openstond voor vrouwen. Zie Palm 1997, 27; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie voorts 4.4.4. over de psychiatrische verpleging in de periode 1965-1985 voor nadere informatie over de opleiding tot en de vervulling van de functie van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de periode 1965-1985.

[1931] Timmer 1957, 341. Sunier geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1932] Timmer 1957, 341-342, 345 en 347. Sunier geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

[1933] *Schermers' Leerboek* verscheen in voorgaande drukken onder redactie van J.H. Haverkate en Hamer. Nadat Haverkate zich om reden van leeftijd had teruggetrokken trad Tolsma, geneesheer-directeur van Maasoord te Poortugaal, toe tot de redactie.

[1934] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

ook de psycholoog verschijnen'.[1935] Dercksen verwachtte dat op den duur ook een socioloog of een sociaal ambtenaar deel zou gaan uitmaken van het team, zoals dit al bij grote diensten was gerealiseerd.

Eenzelfde opwaardering naar meer zelfstandigheid en groter verantwoordelijkheid viel ook het werk van verplegenden in de intramurale sector te beurt in het *Algemeen Leerboek*. Van der Drift, die de tekst over de behandeling en verpleging van geestes- en zenuwzieken had samengesteld, beschouwde het verplegen in de psychiatrie als een integraal onderdeel van de medische behandeling, en 'heropvoeding van de patiënt' ten einde de patiënt 'de eigen verantwoordelijkheid terug te geven' als kern van die behandeling.[1936] Dankzij een consequente toepassing van het 'verantwoordelijkheidsbeginsel', zo verklaarde Van der Drift, zou anno 1956 zo'n zeventig tot tachtig procent van de patiënten geheel of gedeeltelijk hersteld, dan wel met een klein 'defect' naar de maatschappij kunnen terugkeren.[1937]

> Onder volle erkenning van de verdienste van de shock- en andere kuren, moet gezegd worden, dat de grootste vorderingen in de inrichtingen, speciaal wat de chronische gevallen betreft, doch ook voor de acute gevallen, ontstaan zijn door de toepassing van het verantwoordelijkheidsbeginsel. […] Het totaal van deze denkbeelden werd uitgewerkt, en kreeg de naam van actievere therapie. […] de inrichting is geen museum, verbanningsoord, tuchthuis of concentratiekamp meer, ook geen vacantie-oord waar men in bed ligt, eet en wandelt, maar een therapeutische gemeenschap, waar nevens de instrumentele en medicamenteuze therapieën, de medicamenten: 'verantwoordelijkheid, waardigheid, arbeid, spel, cultuur, gesprek', op een medisch verantwoorde wijze toegediend worden, waardoor de zieke een goede, of betere aanpassing verkrijgt aan de gemeenschap. Wij zouden er de voorkeur aan geven te spreken van een psychiatrisch ziekenhuis, met de klemtoon op psychiatrisch, boven de gebruikelijke naam van inrichting.[1938]

Idealiter was 'dwangtoepassing' volgens Van der Drift niet of nauwelijks nodig indien verplegenden op een goede, begripvolle wijze met de patiënten communiceerden. Hooguit mochten verplegenden een patiënt kortdurend 'corrigeren' door 'afzondering' in een separeerkamer. Doordat naar zijn zeggen meer dan 90 procent van de verpleegden overdag arbeidde, kwam 'habituele (gewoontematige) onrust nauwelijks voor' en viel 'incidentele onrust beter te kanaliseren'. Van Largactil en Serpasil en van electroshockkuren werd, zo liet hij weten, 'een critisch, verantwoord matig gebruik gemaakt'. Mechanische dwangmiddelen - Van der Drift maakte in dit verband melding van wikkelingen, spanlakens en mouwvesten - zouden inmiddels overbodig zijn

---

[1935] Hamer en Tolsma 1956, 595-596. Dercksen geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1936] Aan de Stegge 2004, 91; Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie voorts 3.4.4. over therapie en de aldaar vermelde literatuur.
[1937] Aan de Stegge 2005a, 344; Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. In de voorgaande periode kwam dit percentage volgens Van der Drift op 50 uit.
[1938] Hamer en Tolsma 1956, 438-439. Van der Drift geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

geworden.[1939] Overigens viel in de tekst over de geschiedenis van de verpleging van geesteszieken ook een bezorgder geluid te beluisteren. ‘De strijd tegen de dwangmiddelen is ondanks mooie rapporten en publicaties nog lang niet ten einde en een blijvende waakzaamheid is geboden, zowel in de inrichtingen als in allerlei verpleegtehuizen.’[1940]

De auteurs van *Psychiatrische verpleegkunde*, de in 1961 gebundelde lessen van de eerder genoemde Broeders van O.L.V. van Lourdes (onder wie broeder Sergius alias Stevens), droegen niet alleen uit dat verplegenden een eigen verantwoordelijkheid moesten dragen en zelf initiatief dienden te nemen, maar ook dat een wetenschappelijke basis voor de psychiatrische verpleegkunde een wetenschappelijke basis gewenst was. Zij zetten hiertoe al direct in het eerste hoofdstuk van *Psychiatrische verpleegkunde* de toon met hun omschrijving van verpleegkunde. ‘De verpleegkunde is de wetenschap die de algemene en inzichtelijke kennis geeft, welke noodzakelijk is voor een verantwoorde verzorging van en omgang met de zieke mens, om diens lijden te verzachten en zijn gezondheid te schenken.[1941] De auteurs noemden als naaste doel van de psychiatrische verpleegkunde ‘het scheppen van een goede sfeer’, als verder verwijderde doelen ‘de verzachting van het lijden’ en ‘de genezing naar ziel en lichaam’ en als laatste doel ‘het herstellen van de persoonlijkheid van de patiënt’. Het einddoel was gelegen in ‘het bereiken van de eeuwigdurende zaligheid en het eeuwig bezit van God in de hemel’. Dit einddoel gold overigens zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt.[1942] Hoe dit ook zij, de broeders beschouwden hun lessen als een ‘stap op weg naar de “ontvoogding” van de verpleegkunde’. Zij bedoelden daarmee dat een wetenschappelijk georiënteerde psychiatrische verpleegkunde zich van de bevoogding door artsen zou kunnen bevrijden. Hadden artsen van de St. Willibrordusstichting nog in 1954 de verpleegkunde als een verlengstuk of, in de woorden van De Smet, ‘instrumentarium’ van de geneeskunde beschouwd, wat de broeders betreft zou die onderschikking van de verpleegkunde aan de geneeskunde binnen afzienbare tijd tot het verleden gaan behoren.[1943] De plaats van een hoog opgeleide verpleegkundige was naast en niet ondergeschikt aan de arts. Evenals de auteurs van de hierboven besproken leerboeken, gaven ook de broeders blijk van een grote terughoudendheid met betrekking tot de toepassing van dwangmiddelen.[1944]

De hierboven opgevoerde leerboeken uit de jaren vijftig en tot op grote hoogte ook de lessen van de Broeders van O.L.V. van Lourdes uit het begin van de jaren zestig getuigen alle, ongeacht hun signatuur, van een kentering in de richting van meer verantwoordelijkheid en initiatief voor verplegenden. Een invoelende, agogisch verantwoorde begeleiding van de patiënt en het scheppen van een juiste therapeutische sfeer golden in toenemende mate als een belangrijke basis voor, zo niet de kern van een succesvolle behandeling. Verplegenden werden aldus gepromoveerd tot actieve, persoonlijk verantwoordelijke medebehandelaars. In de opleiding kreeg ‘persoonlijkheidsvorming’ dan ook een belangrijke plaats toebedeeld.

[1939] Hamer en Tolsma 1956, 437-438. Van der Drift geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1940] Hamer en Tolsma 1956, 299. Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1941] Br. Adrianus et al. 1961. Geciteerd in Bakker 2002d, 227.
[1942] Bakker 2002d, 227.
[1943] Bakker 2002d, 228.
[1944] Aan de Stegge 2005a, 346.

Hoe verhield de theorie, zoals verkondigd in leerboeken en lesprogramma's, zich echter tot de praktijk? Wegens gebrek aan middelen en personeel viel de afstand tussen ideaal en werkelijkheid dikwijls moeilijk te overbruggen. Het teruggeven van de eigen verantwoordelijkheid aan de patiënt stond op gespannen voet met het tekort aan verplegenden. Ook waren in tal van psychiatrische inrichtingen de afdelingen te groot en het aantal gediplomeerde verplegenden te gering om de gewenste individualisering te realiseren. 'Men kampte', aldus Aan de Stegge, 'ofwel met een personeelstekort', ofwel met een gebrek aan 'gediplomeerde verpleegsters om de leerlingen te begeleiden bij het opbouwen van een relatie met patiënten'.[1945]

Een psycholoog, die ruim dertig jaar verbonden was aan Voorburg te Vught, beschreef het leven van de verplegenden in het begin van de jaren vijftig als zwaar: 'twintig patiënten verzorgen, eten en drinken geven, bedden opmaken, zalen poetsen en ook nog verplegen'. De hoofden van de verpleging hanteerden een streng regime: 'alles moest en niets mocht'. [1946] De komst van de psychofarmaca luidde een verandering van de positie voor de verplegenden in: zij moesten nu het gedrag van de patiënten systematisch observeren en daarover rapporteren. Verplegenden die indertijd werkzaam waren in Voorburg of Coudewater te Rosmalen vertelden dat er na de introductie van psychofarmaca minder noodzaak was tot het gebruik van dwangmiddelen. Er kwam ook meer tijd voor een praatje of een korte wandeling met de patiënt. Een arts van Coudewater merkte op dat de komst van de psychofarmaca een complete verandering van sfeer had bewerkstelligd.

> Ik herinner mij 'Waakzaal 1', dat gesloten paviljoen met ongeveer dertig plaatsen. Na een maand was de sfeer totaal veranderd. Op de gesloten afdeling konden alle deuren open. Voordien was het altijd een beetje riskant om daar rond te lopen, maar na een maand was het een rustig paviljoen.[1947]

Met de geleidelijk toenemende welvaart kregen de patiënten meer ontspanningsmogelijkheden en de beschikking over eigen geld. De gestichtskleding werd afgeschaft. Voorburg kreeg eind jaren vijftig de eerste huishoudelijke hulpen. Voor de verplegenden was dit een grote doorbraak: op veel afdelingen hadden ze minder verzorgend werk en minder poetstaken te verrichten, terwijl het persoonlijk contact met de patiënt en diens begeleiding meer centraal kwamen te staan.[1948] Alle door J.J. Struik geïnterviewde oud-verplegenden van Voorburg en Coudewater waren het erover eens dat de komst van de psychofarmaca daarbij als 'een voorwaardenscheppende basis' heeft gediend. Of, zoals één van de geïnterviewden aangaf: 'De psychofarmaca zijn het fundament voor humaniteit en meer persoonlijk kontakt. Zij geven de patiënt diens zo nodige vrijheid en keuzemogelijkheid.'[1949]

Een psychiatrisch verpleegkundige die omstreeks 1950 met zijn opleiding in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder begon, vertelde over de strikte scheiding tussen mannen en vrouwen, zowel bij de verplegenden als bij de patiënten. Elke afdeling had

---

[1945] Aan de Stegge 2004, 39.
[1946] Zie Struik 1994, 21-22.
[1947] Struik 1994, 45.
[1948] Struik 1994, 42.
[1949] Struik 1994, 51.

een dagzaal waar maar liefst tachtig mensen zaten. Er was volgens deze verpleegkundige weinig echt contact met de patiënten.

> Ik heb in die tijd *veel huishoudelijk werk* gedaan. Bijna alle leerlingen deden dat, want huishoudelijk werk was nummer één. Nummer twee was de zorg rond de patiënt, maar dan vooral het zorgen voor eten en drinken. Nummer drie was, als je een beetje geluk had, zo nu en dan een praatje maken met de patiënt, en dan moest je nog uitkijken dat de hoofdzuster je niet zag want die vroeg dan of je niets anders te doen had.[1950]

Over de introductie van de psychofarmaca vertelde hij dat hij daar 'wonderlijke resultaten' van had gezien, hoewel hij niet zeker wist 'of dat alleen door de medicijnen kwam of misschien ook wel door de extra aandacht die de mensen kregen.' Hij liet daarop volgen dat je als verpleegkundige niets deed aan begeleiding in de zin van behandeling. 'Er werd eigenlijk nooit iets gezegd over welke ziekten patiënten hadden of wat ze mankeerden. […] De arts en de hoofdzuster en eventueel de eerste verpleegkundige hielden zich daarmee bezig.'[1951]

Uit een door Aan de Stegge onder 62 oud-verplegenden gehouden enquête komt eveneens naar voren hoezeer de materiële omstandigheden in de inrichtingen en het personeelstekort tot in de jaren zestig grenzen stelden aan de realisering van de in de leerboeken geformuleerde idealen en standaarden.[1952] Veel oud-verplegenden maakten gewag van de grote omvang van de afdelingen waar zij moesten werken: rond 1945 waren gesloten opname- en observatieafdelingen met 30 tot 45 patiënten en daarnaast afdelingen voor 75 tot 100 of zelfs 120 'rustige' patiënten bepaald geen uitzondering. De verpleegkundige bezetting op zulke afdelingen was laag: overdag en 's avonds slechts twee tot drie verplegenden en 's nachts één verplegende. Sanitaire voorzieningen waren zeer beperkt aanwezig. Zo had een waakzuster halverwege de jaren vijftig in het St. Joris Gasthuis te Delft 's nachts voor 45 patiënten slechts twee po's tot haar beschikking. J. Leenders, die in 1961 in Voorburg te Vught met haar opleiding begon en op een derde klasse-afdeling voor 120 vrouwen werkte, vertelde over het gebrek aan middelen om patiënten te wassen en te verschonen.

> Ooit hadden de patiënten en masse diarree in de tijd dat er nog geen luiers waren, geen damesverbanden en wat dies meer zij. Werkelijk alles op de afdeling was nat en vies. Ik had precies vier hele baden vol vieze lakens uitgespoeld op het moment dat de nonnen 's ochtends terugkwamen uit de Kapel en begonnen te foeteren dat het nog zo'n smeerboel was op de afdeling. 'U kunt de pot op met uwen handel', zei ik toen.[1953]

[1950] De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997, 35.
[1951] De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997, 36.
[1952] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Deze geënquêteerden begonnen hun opleiding tussen 1945 en 1970 in een rooms-katholieke, een gereformeerde, een Nederlands-Hervormde dan wel een neutrale inrichting.
[1953] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Deze uitspraken zijn ontleend aan een geautoriseerd portret van Joke Leenders. Zie ook het liber amicorum voor Joke Zwanikken-Leenders: Zwanikken, Aan de Stegge en Hermann 2006.

De opleiding bestond, evenals voorheen, uit een theorie- en een praktijkgedeelte. Terwijl de leerboeken, zoals hierboven reeds bleek, vanaf het begin van de jaren vijftig belangrijke koerswijzigingen te zien gaven, moesten de leerling-verplegenden het nog tot 1962 doen met een uit 1933 daterende versie van het praktijk- en rapportenboekje. Na 1962 kon bij het eindexamen vanuit alle drie de verenigingen – de NVPN, de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken en de Vereniging van RK Gestichtsartsen - naar keuze een zogeheten 'inlegvel' worden gebruikt in plaats van het oude boekje. Dit inlegvel bevatte een gemoderniseerde lijst van af te tekenen handelingen, waaronder bijvoorbeeld allerl1ei A-, B- en C-therapieën, sociotherapie met patiënten in de vorm van groepsbesprekingen, en het coachen van patiënten. Uit de beschrijvingen blijkt, naar Aan de Stegge aangeeft, 'dat anno 1962 een grotere aandacht van de verpleging werd verwacht voor het gevoelsleven van de patiënt, alsmede voor een kritische eigen reflectie op wat met het verrichten van een bepaalde handeling eigenlijk was bereikt.'[1954]

Uit Aan de Stegge's enquêtes en interviews met oud-verplegenden komt naar voren dat deze veranderingen ertoe leidden dat verplegenden kanttekeningen begonnen te plaatsen bij de arbeidstherapie, die in de opleiding van de jaren dertig en veertig nog gold als 'het beste wat de psychiatrie ooit heeft aangeboden'. Verplegenden die in de tweede helft van de jaren vijftig met hun opleiding begonnen, stonden eerder kritisch tegenover de arbeidstherapie. Zij zagen deze als een vorm van dwang om bezig te zijn zonder zin of doel en zij vonden de aard van het aangeboden werk, zoals bonen uitzoeken of gangen schrobben, vernederend. Daarentegen legden zij een grotere waardering aan de dag voor bijvoorbeeld groepstherapie, sociotherapie of gesprekstherapie, en ook voor ontspanning in de vorm van 'samen bewegen': gymnastiek, zwemmen, wandelen, toneelspelen of dansen met patiënten.

Uit de enquêtes komt ook het beeld naar voren van een tot de jaren zestig 'bijna geheel "gesloten" en welhaast autarkisch functionerende dienst, met een vrij rigide bevelsstructuur'. G. Lettink, die in 1951 in de St. Joseph Stichting in Apeldoorn met zijn opleiding begon, vertelde hierover:

> In mijn leerlingentijd was er wel degelijk onderscheid. De 1e verplegende had de touwtjes strak in handen en als leerling keek je tegen hem op. Trouwens, tegen alle gediplomeerden. Zelfs tussen 1e, 2e en 3e jaarsleerlingen was er al een zekere rivaliteit. Ik was in mijn leerlingentijd ook niet zo mondig, de meesten niet. Dit werd trouwens door de ouderen ook niet aangemoedigd. Je durfde niet met veranderingen aan te komen. Eerst probeerde je het eens voorzichtig met wat ouderejaars aan te kaarten, maar die gaf je meestal toch de raad om er maar niet met de 1e verplegende over te spreken want dit werd je dan niet in dank afgenomen. Wat dat betreft is er heel wat veranderd. Na de jaren zestig, toen er nieuwe disciplines de psychiatrie binnen kwamen, kwamen er werkbesprekingen, klinische lessen en kreeg een ieder de ruimte om zijn zegje te zeggen, zonder bang te zijn voor rancune. Sterker nog, het werd zelfs gestimuleerd om alles bespreekbaar te maken. Dat was wel een verademing.[1955]

[1954] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[1955] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

Gevraagd naar de therapievormen waaraan zij indertijd hadden meegewerkt en die ze met enige regelmaat verrichtten, noemden de oud-verplegenden de volgende soorten therapie. Bovenaan, in de zin van het vaakst genoemd, stond elektroshock. Daarna kwam bezigheidstherapie - inclusief vormen van muziek, toneel, dans, drama en tuinarbeid voor zover die niet als arbeidstherapie was omschreven -, gevolgd door arbeidstherapie, medicatie, insuline-comatherapie, gesprekstherapie dan wel psychotherapie, slaap- en sluimerkuren, dwangmiddelen en separeren - in deze opsomming opgevoerd als therapievorm -, bewegingstherapie, huishoudelijk werk, groeps- en psychotherapie, sociaal-psychiatrisch werk en, tot slot, koortstherapie en cardiazolshock.

Vergelijken we deze uitkomst met hetgeen oud-verplegenden die in het interbellum met hun verpleegopleiding waren begonnen te melden hadden, dan valt het volgende op.[1956] In de naoorlogse periode bleven aparte vermeldingen van bedverpleging en de permanente badbehandeling achterwege, terwijl de gesprekstherapie en de groeps- en psychotherapie als nieuwkomers figureerden.[1957] In de naoorlogse periode was het aantal vermeldingen van somatische kuren inclusief dwangmiddelen en separeren vrijwel gelijk aan het aantal malen dat de overige therapievormen inclusief bewegingstherapie werd genoemd. Tijdens het interbellum lag het accent, voor zover dat op grond van het voor die periode zeer beperkte aantal respondenten kan worden geconcludeerd, iets meer op de somatische kuren dan op de overige therapievormen. Bezien we de somatische kuren, dan blijkt dat in de naoorlogse periode medicatie veel hoger scoorde dan tijdens het interbellum. Dat gold ook, niet verwonderlijk, voor de in 1939 in Nederland voor het eerst toegepaste elektroshock. Het aandeel van dwangmaatregelen onder de genoemde therapievormen kwam, inclusief de permanente badbehandeling, voor de naoorlogse periode relatief wat lager uit. Onder de overige therapievormen scoorde ‘bezigheidstherapie’ in beide perioden het hoogst. Huishoudelijke arbeid lijkt in de naoorlogse periode aan belang te hebben ingeboet, terwijl arbeidstherapie verhoudingsgewijs juist veel vaker werd genoteerd. Of dit louter of mede een kwestie van definitie was valt niet te achterhalen. De naoorlogse periode onderscheidt zich van het interbellum vooral door de komst van de gespreks-, de groeps- en de psychotherapie. Daarnaast nam het aantal vermeldingen van bewegingstherapie en van sociaalpsychiatrisch werk toe.

De waardering van de geënquêteerden voor de diverse therapievormen liep sterk uiteen.[1958] Negatieve reacties golden met name de elektroshock: van de 40 oud-verplegenden die meldden dat zij hierbij regelmatig hadden moeten assisteren, hadden 24 dit met tegenzin gedaan. Zij noemden daarvoor verschillende redenen: ‘het was afschrikwekkend om te zien, patiënten waren er bang voor, het gebeurde bij vol bewustzijn, de mensen schreeuwden hard, het werd te veel toegepast, het werd bij tal van ziektebeelden toegepast, het kwam niet menselijk over’. Toch waren er ook 11 oud-verplegenden – deels overlappend met de groep van 24 – die, ondanks de bezwaren van de toediening van elektroshock zonder narcose, aangaven dat deze therapie ‘vaak goede resultaten gaf, zeker in de acute fase van een ernstige depressie.’ Met de nieuwe

---

[1956] Zie 2.3.4. Krankzinnigenverpleging als beroep.

[1957] De permanente badbehandeling kwam ook na de oorlog nog voor, maar werd door de geënquêteerden als dwangmiddel gerubriceerd en niet langer als aparte therapievorm opgevoerd.

[1958] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Ook de citaten in deze alinea zijn ontleend aan Aan de Stegge.

psychofarmaca hadden de oud-verplegenden doorgaans goede ervaringen: vrijwel iedereen had wel een ‘wonder’ meegemaakt dat een chronisch gewaande patiënt plotseling, zij het soms tijdelijk, beter ging functioneren. Er viel evenwel ook kritiek te beluisteren, met name op de toediening van te hoge doseringen psychofarmaca, waardoor patiënten versuft raakten. Negantieve geluiden waren ook te horen over de allergische reacties die Largactil niet alleen bij patiënten maar ook bij verplegenden kon oproepen. Veel oud-verplegenden noemden desalniettemin als voordeel dat de toepassing van elektroshock en insulinekuur dankzij de psychofarmaca afnam.

Over de toepassing van dwang in de vorm van separeren, isoleren, het gebruik van dwangmiddelen als een dwangbuis, de inwikkeling in een laken, een spanlaken (over een permanent bad of in bed) en pols- en/of enkelbanden hadden de 17 oud-verplegenden die rapporteerden dat zij dergelijke handelingen met enige regelmaat hadden verricht, gemengde gevoelens. Enerzijds hadden zij er allen een hekel aan, anderzijds beschouwden zij de maatregelen als ‘een noodzakelijk kwaad waar zij hun toevlucht toe móesten nemen om hevige onrust, agressie of geschreeuw waar de hele afdeling dol van dreigde te worden, te kunnen couperen’. Onder hen waren er acht die een grote afkeer van dergelijke behandelingen hadden; zij waren allen vóór de komst van de psychofarmaca met de opleiding begonnen. Dat geen van de later met hun opleiding begonnen verplegenden van een dergelijke grote afkeer blijk gaf, kan er volgens Aan de Stegge op wijzen dat in de loop van deze naoorlogse periode onder invloed van de psychofarmaca enkele dwangmiddelen, zoals het permanente bad, de inwikkeling en het dwangbuis, in onbruik zijn geraakt.

3.4.7. *Patiënten in de psychiatrische inrichting*

Hoe ondergingen toenmalige patiënten hun opname en verblijf in een psychiatrische inrichting? Wat was daaraan voorafgegaan en wat volgde op hun ontslag uit de inrichting? In hoeverre merkten zij in de dagelijkse praktijk van het inrichtingsleven iets van de kentering die zich in de jaren vijftig aankondigde?

Evenals vóór de oorlog was het aantal (ex-)patiënten dat de eigen ervaringen met het verblijf in een inrichting te boek stelde ook in de periode 1945-1965 uitermate gering. De echte publicatiegolf van autobiografische geschriften kwam pas vanaf het begin van de jaren zeventig op gang.[1959] Daaronder bevinden zich twee dagboeken van voormalig patiënten die in het begin van de jaren zestig waren opgenomen. Het betreft de in 1971 gepubliceerde ‘autografie van een psychose’ van E. Tellegen en het in 1994 postuum uitgekomen psychiatrisch dagboek van B. Weijde. [1960] Daarnaast heeft C. A. van Eijk-Osterholt de ervaringen van en met haar sedert 1947 langdurig opgenomen tweelingzus te boek gesteld, eerst in 1972 en vervolgens in 2002. Behalve deze gepubliceerde egodocumenten vormen de door M. Louter gehouden en in 2005 gepubliceerde interviews met voormalig psychiatrisch patiënten een bron van informatie voor de gehele naoorlogse periode. Terwijl de beide dagboekschrijvers op het moment zelf noteerden wat zij tijdens hun ziekte en hun verblijf in de inrichting doormaakten, deden de door

[1959] Zie Koenraadt en Schrijver 1983; Parabirsing 2003; 4.2.2. ‘Beelden van doorbraak en triomf van de geest’.

[1960] Tellegen 1971; Weijde 1994. Zie voorts Biesheuvels verhalenbundel *In de bovenkooi*. In het verhaal getiteld ‘De heer Mellenberg’ verwerkte Biesheuvel ervaringen die hij tijdens zijn eerste opname in Endegeest, acht jaar vóór de publicatie van de verhalenbundel, opdeed. Biesheuvel 1972.

Louter geïnterviewde (ex-)patiënten pas achteraf en op verzoek van de interviewer verslag van hun ervaringen. Voor de twee geïnterviewde vrouwen die hierna aan het woord komen, was er al een halve eeuw verstreken sedert hun eerste kennismaking met de psychiatrie. Als laatste type bron noemen wij de (geanonimiseerde) patiëntendossiers die J. Vijselaar, naar in de delen 1 en 2 van dit boek al naar voren kwam, van een drietal inrichtingen – Endegeest, Voorburg, Wolfheze - heeft geanalyseerd.[1961] Voor de naoorlogse periode verschaft met name zijn onderzoek naar patiënten van Wolfheze zicht op de vóór hun opname door hen doorlopen zorgtrajecten en op de gang van zaken tijdens hun verblijf in Wolfheze.[1962] Overigens dient gezegd dat enige omzichtigheid is geboden bij het hanteren van egodocumenten en interviews als bron voor patiëntenervaringen: het betreft uiteraard een selectie van 'mondige' en niet zelden kritische (voormalige) patiënten.

Ans Rademakers, geboren in 1933, liep op haar zestiende in Tilburg van huis weg.[1963] 'Thuis was het een onhoudbare toestand. Ons gezin kampte met grote gebreken, incest onder andere.'[1964] De politie bracht haar naar een door nonnen gerund jeugdtehuis in Breda. Ze moest daar zwaar huishoudelijk werk verrichten. Na een paar maanden ging het mis. Toen de 'hoofdnon' in Ans' ogen onrechtvaardige kritiek uitte op haar poets- en boenwerk in een gang, raakte Ans buiten zichzelf van woede, trok zij de hoofdnon 'de kap van de kop af en dweilde de gang er mee aan'. Met vijf andere, te hulp geschoten nonnen vocht ze net zolang tot ze een black-out kreeg. Daarop werd ze overgebracht naar Voorburg te Vught, vanwaar zij in 1951 door de Kinderbescherming werd overgebracht naar 'Wassenaar'.[1965] Vervolgens belandde ze rond 1952 in Wolfheze. Daar bleef ze tot een half jaar voordat ze, in 1954, 21 werd: dat laatste halve jaar moest ze 'ter resocialisatie' naar het Rijksopvoedingsgesticht in Nijmegen.

Het regime in Voorburg viel haar zwaar. Na een tijd in de isoleer kwam ze een paar weken dag en nacht op een zaal met veertig vrouwen te liggen.

> Zo'n zaal was: bedje, nachtkastje, bedje, nachtkastje […] Zonder schotten ertussen. We ademden elkaars adem in, we hoorden elk geluidje. Alles lag dwars door elkaar, leeftijden en ziektebeelden, de zware gevallen en de lichte. Als iemand dan angstig was, dan leefden we mee. Of als iemand lag te huilen, het was alles, allemaal – er kwam zo'n hoop op je af. Je zag alle categorieën van lijden. […]
> Ik kreeg allerlei etiketjes opgeplakt – hysterisch, paranoïde, psychotisch. Ze probeerden allerlei medicijnen uit. […] Na een tijdje mocht ik 's morgens mijn bed uit, om te werken. Daarna 's avonds en toen hoorde ik erbij. Ik bleek te zijn veroordeeld of eigenlijk kon dat helemaal niet, want ik ben niet bij de kinderrechter geweest.

[1961] Zie ook Vijselaar 2005 en monografie in voorbereiding. In hun monografie over Endegeest maakten Blok en Vijselaar ook reeds gebruik van patiëntendossiers. Blok en Vijselaar 1998.
[1962] Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c.
[1963] Dit portret is gebaseerd op een interview van M. Louter met Rademakers. Louter 2005, 32-47.
[1964] Louter 2005, 33.
[1965] Wassenaar stond vermoedelijk voor de daar gevestigde R.K. Psychiatrisch-Neurologische Kliniek St. Jacobusstichting.

> Alles ging precies op uur en tijd. ’s Morgens werden we om zes uur gewekt, elke dag. Je moest je bed opengooien en je kreeg een taak, bijvoorbeeld op de gang om karren met aardappelen te schillen. Als we met weinig waren stonden de nonnen erbij om ons op te jutten, doorschillen, tot je vingers erbij kapot gingen. […]
> Hierna wasten we ons in een washok, allemaal op een rijtje aan een kraan, met een hemd aan zodat je jezelf niet kon zien. Je voelt je zo gauw zondig, hé, alles was zondig, zelfs je gedachten konden dat zijn. Tegelijk was dat hemd je enige privacy.
> Als je terugkwam op zaal om je bed dicht te gooien, zag je wie er allemaal ging werken. De anderen lagen nog vastgebonden of met een prik op bed. Sommigen hadden wekenlange slaapkuren, om ze onder controle te krijgen. De nonnen gaven best veel medicijnen, ze moesten goed in de gaten houden of mensen af en toe wel wakker werden, aangezien er soms iemand in bleef. De rest kreeg vanaf een karretje pillen te slikken, broom, chloral en slaaptabletten, dat waren zogenaamde kalmerende middelen. Die waren er voor alle diagnosen: psychotisch, depressief en als je een beetje lol wilde maken, was je weer manisch.
> Hierna moesten we naar de kapel om te bidden, broodnuchter.[1966]

Na het ontbijt werden ze in werkploegjes verdeeld: poetsen of naar de keuken. Dan volgde het middagmaal plus een uurtje ‘vrije creativiteit’: puzzelen, lezen, breien. ’s Middags deden ze in de handwerkzaal het ‘meer rustige werk’, zoals sokken stoppen of naaien. Tussendoor was er ook nog een bezoek aan de kapel. Na afloop kregen ze een kop thee of bouillon, ‘tegen de slapte’. Om negen uur moesten ze gaan slapen.

Over Rademakers’ zaal had zuster Katrien de leiding. ‘Die was heel dubbel. Het ene ogenblik mocht er van alles en dan weer was ze heel afgemeten en streng.’[1967] Straf op bijvoorbeeld een grote mond of ‘een peuk roken’ kon bestaan uit ‘regels schrijven, wc’s poetsen, of in bed met een prik of een boeijak aan, zo noemden ze daar een dwangbuis’. Ook kwam het voor dat een pak rammel werd uitgedeeld of dat je ‘in het bad werd gesmeten’, met een plank erover heen en ‘een gat voor je hoofd’.[1968]

> Het meest grievend vind ik nog dat het er in Voorburg niet om ging om mensen beter te maken, hoezeer het ook een psychiatrisch ziekenhuis heette. Het ging alleen om mensen rustig te houden. Ik heb nooit een dokter gesproken, er was er maar één die op dinsdag- en donderdagmorgen de elektroshocks deed. […]
> Hoe ging dat: een paar nonnen kwamen met een apparaat op een karretje aanrijden: een kastje met lampjes en twee geladen polen. Die zette de dokter op de slapen, en dan barstte het in je hoofd. Er was toen nog geen narcose. Je kreeg alleen een washandje tussen de tanden, zodat je je tong niet kon stukbijten. Ondertussen zat de rest van de patiënten in het theekeukentje van de zaal, met de deuren dicht.
> Het was doodeng, je kon er vanuit een raampje turen en ik zie het nog voor me, dat ze zo lagen te schudden. We zaten stijf naast elkaar elkaars handen vast te houden, te denken: We moeten direct weer, we moeten direct weer. Want

[1966] Louter 2005, 34-36.
[1967] Louter 2005, 36.
[1968] Louter 2005, 37.

> naderhand moesten wij al die patiënten gaan afwassen, verbedden en verschonen, een verschrikkelijk gezicht was dat. Mensen bij wie het kwijl in stromen uit het gezicht kwam lopen en dergelijke dingen meer.[1969]

In Wassenaar belandde Rademakers weer in een 'nonnenklooster'. Het was veel kleinschaliger dan Voorburg, maar het dagritme was vergelijkbaar. 'De psychiater sprak je niet, je hoorde van de nonnen alleen wat hij had besloten over welke pillen je moest slikken, en zo. Wel sprak ik af en toe met de huisdokter, die was best aardig.'[1970] Wolfheze, waar Rademakers, zoals gezegd, rond 1952 terechtkwam, was weer een stuk groter.

> Het bestond uit een hele reeks grote paviljoens, met slaapzalen van een stuk of twintig mensen. Het werd niet gerund door nonnen maar door leken, met van die gesteven verpleegsterskleding aan. De patiënten mochten er hun eigen kleding dragen en omdat ik die niet had, ben ik die nog wezen kopen in Utrecht, samen met een welfarewerkster.[1971]

Eerst verbleef ze op een gesloten afdeling. Daar kreeg ze een slaapkuur. 'Er was een dokter waar ik wel redelijk mee kon opschieten, die probeerde allerlei nieuwe medicijen uit, tranquillizers, antipsychotica.' In Wolfheze was het ook 'wel ietsje vrijer. We konden ons achter een wandje wassen en we hoefden niet te bidden.'[1972]

> Verder waren er allerlei therapievormen, waarbij de mannen- en vrouwenafdeling niet strikt werd gescheiden. Zo hadden ze heel veel op het gebied van handwerken, maar ook houtbewerking en figuurzagen. […] Ze noemden het bezigheidstherapie. […] Af en toe hadden we ook psychomotorische therapie, ofwel een balspel. Verder had iedereen wisselende corveetaken, een beetje poetsen, zorgen voor de koffie, of tafels dekken, waarin je wat eigen verantwoordelijkheid kreeg. Je mocht bijvoorbeeld zelf bepalen of je met die of met deze tafel begon, dat was ik niet gewend en ervoer ik echt als een keuze, omdat er verder geen enkele keuze was.[1973]

Op het gebied van straffen kon het evenwel streng toegaan. Toen Rademakers op het toilet stiekem een peuk zat te roken, betrapte een verpleegster haar en kreeg ze direct een braakspuit. Een andere overtreding moest Rademakers met een 'strafshock' bekopen. 'Ik had toen al heel wat shocks gehad op Wolfheze, twee hele kuren geloof ik, en ik was er nog steeds doodsbang voor.'[1974]

Jaren nadien kwam Ans Rademakers nog een keer in Vught terecht. 'Gelukkig niet in Huize Voorburg, maar in een bungalow-achtige toestand die er naast was bijgebouwd, genaamd de Lindenhof. Dat was rond 1982 en toen had ik echt een

---

[1969] Louter 2005, 41.
[1970] Louter 2005, 42.
[1971] Louter 2005, 44.
[1972] Louter 2005, 44.
[1973] Louter 2005, 45.
[1974] Louter 2005, 46.

psychose.'[1975] Niet alleen was de huisvesting moderner en aangenamer, maar ook was de therapeutische sfeer drastisch veranderd.

> Op de Lindenhof zat ik in een groep die alles gezamenlijk deed, een zelfwerkgroep met allemaal theapieën erbij. We moesten elkaar feedback geven en evalueren en confronteren. Dat ging er soms hard aan toe, want anders had het geen zin. […]
> Er was ook een andere groep, waar ze alleen pillen kregen en op tijd naar bed gingen. Daar waren ze biologisch ziek, manisch depressief en schizofreen en zo. Nadat ze met medicijnen waren opgelapt, gingen ze zo weer terug naar de maatschappij. Bij ons was het zo dat je er geruime tijd moest zijn, om aan jezelf te leren werken. Oftewel continu nadenken over het hoe en waarom van alles dat ons dwars zat. Verschrikkelijk moeilijk vond ik dat in het begin. Ik ben er dan ook meer dan een jaar gebleven.[1976]

De andere geïnterviewde vrouw, Ad Barendregt, begon in 1950 als achttienjarige aan de interne B-opleiding in Maasoord, het latere Deltaziekenhuis, te Poortugaal.[1977] Al spoedig werd ze ziek. 'Achteraf gezien was ik al een tijd erg angstig. Maasoord was een heel groot en oud paviljoenencomplex, met een beklemmende sfeer waarin iedereen zijn plaats moest weten.'[1978] Barendregt werd op de afdeling psychiatrie van het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam opgenomen. Daar werd ze behandeld door dokter Trenpel, 'een aardige en geestige vrouw van een jaar of dertig'.[1979]

> Ze hebben het al van alles genoemd, manisch, melancholisch, hysterisch, borderline. Momenteel heb ik als diagnose ADHD en slik ik amfetamine omdat het te druk is in mijn hersenen. […] Ze spoten me met van alles plat: scopolamine, barbituraten, opium, van alles waar je verslaafd aan kon raken […] Maar ik heb ook een slaapkuur gehad, zes weken de ene injectie na de andere. […] Ik schaamde me dood voor mijn ouders, als die op bezoek kwamen. Er mocht binnen de familie niet over psychiatrie worden gesproken, want als je in die tijd gek was dan wilde niemand iets met je te maken hebben. Gek zijn was een schande en destijds moest je het ook dragen als een schande, berouwvol en deemoedig.[…]
> Je kon geen kant uit onder dat spanlaken. Maar ik had dokter Trenpel en er was heel goede verpleging: aardig, hartelijk, warm.[…] Ze waren lief voor mij. Ik had er wel willen blijven. Maar hoe aardig iedereen ook was, beter werd ik niet.[1980]

Na vijf maanden zei dokter Trenpel dat ze niets voor haar konden doen. Per ambulance werd Barendregt naar psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal te Loosduinen vervoerd.

[1975] Louter 2005, 46.
[1976] Louter 2005, 47.
[1977] Dit portret is gebaseerd op een interview van Louter met Barendregt. Louter 2005, 60-73.
[1978] Louter 2005, 61.
[1979] Op verzoek van Ad Barendregt heeft Louter de namen van haar behandelaars veranderd. Louter 2005, 73.
[1980] Louter 2005, 63.

Daar bracht ze in kliniek Ockenburg in 1951 twee maanden door. Ze deden daar niets aan therapie of bezigheden, alleen af en toe een stukje wandelen.

> Er was werkelijk helemaal niets en daarbij was het heel onpersoonlijk. Er was geen warmte. De zusters droegen geen witte maar grijze uniformen. Ik herinner me niet dat ze praatjes met me maakten, in elk geval zullen het geen hoogstaande gesprekken geweest zijn. Met mijn medepatiënten had ik nauwelijks contact. Het waren meest oudere vrouwen met alle ziektebeelden dwars door elkaar heen.[1981]

Later kwam er in het bed naast haar een ander meisje 'ongelooflijk psychotisch' binnen. 'Die werd toen geshockt en daarna ging het beter. Shocken was in die tijd heel normaal, dat hoorde erbij, zeg maar. Opium, slaapkuren, shocken: je verbaasde je in die dagen nergens over.'[1982]

> Wat me voornamelijk is bijgebleven, was dat je je daar samen met anderen moest wassen. In het Coolsingel waren er aparte wasruimtes waar niemand ergens getuige van was. In de Ockenburg stond je naakt voor een rijtje kale wastafels, tussen dement en gek en oud en jong, dat daar stond te wassen en te doen. Ik heb van alles geslikt in de psychiatrie. Maar het meest vernederende was dat ik mij naakt moest vertonen zonder dat zelf te willen.[1983]

Na haar verblijf in Ockenburg kon Barendregt voor een nabehandeling terecht in de privépraktijk van dokter Trenpel. Naar de B-opleiding in Maasoord kon ze niet meer terug. Barendregt werkte toen achtereenvolgens in een tehuis voor verstandelijk gehandicapte kinderen en, als verpleegster, in een tweetal ziekenhuizen.

In 1957 werd Barendregt na een suïcidepoging opgenomen in Vrederust bij Bergen op Zoom. Ook daar waren er grote zalen in grote paviljoens.

> Ik lag er in een soort separeerkamertje waarvan de deur juist altijd openstond zodat ze me in de gaten konden houden. Weer kreeg ik een vrouwelijke psychiater. Zij ging, ongelooflijk vond ik dat, helemaal alleen met mij een stukje wandelen. Dan nam ze sprookjesboeken mee, daar las ze uit voor en ik voerde lange gesprekken met haar.
> Ik weet nog dat zij de eerste arts en trouwens ook de eerste mens was, bij wie ik onbedaarlijk heb gehuild. Voordien deed ik dat altijd alleen, ik heb zo ongelooflijk veel gehuild.[1984]

In Vrederust was er, anders dan in Ockenburg, 'zowaar iets te doen'. Als arbeidstherapie deed Barendregt een poos kantoorwerk in de patiëntenadministratie. Dat beviel haar wel.

> Er heerste een gezellige Brabantse gemoedelijkheid en ik gedroeg me er goed, veel beter dan ik me voelde. Want ik was erachter gekomen dat mijn naaste

[1981] Louter 2005, 64.
[1982] Louter 2005, 64.
[1983] Louter 2005, 64-65.
[1984] Louter 2005, 66.

> familie zich ten diepste voor mij schaamde. Dat was zo'n verschrikkelijk gevoel dat ik eigenlijk niet meer wilde leven.
> Toen zijn ze begonnen met Largactil, een antipsychotisch middel waar ik heel daas van werd, maar waardoor ik ook bijna niets meer voelde. Ik weet maar heel weinig van die periode, eigenlijk ken ik alleen een rijtje data die eens uit mijn dossiers zijn gelicht. In 1957 en 1958: opname in Bloemendaal, cliënte kreeg antipsychotica. In 1960: opname Coolsingel, verblijf in separeer wegens agressie. In 1965: opname Delta, na overlijden van vader. Vanaf 1967: diverse opnamen in Dordrecht, psychiater van cliënte was handtastelijk. Het klinkt allemaal heel ver weg. Ik slikte naast Largactil ook Nozinan, Rohypnol, allemaal paardenmiddelen. Ik wist op het laatst niet meer waar mijn huis was.[1985]

In 1976 kwam de ommekeer, tijdens een opname in het Deltaziekenhuis. Daar was inmiddels een apart paviljoen waar je onder leiding van een psycholoog aan psychotherapie kon doen. 'Ik had al die jaren nooit psychotherapie meegemaakt, dus dat wilde ik wel eens proberen.' Voorwaarde was wel dat Barendregt zou stoppen met medicijngebruik. 'Dat was ten tijde van de antipsychiatrie, al hoorde ik dat woord pas veel later. Het was toen óf pillen, óf praten, allebei kon niet en de keuze was aan mij.'[1986] Barendregt koos voor de psychotherapie. 'Bij Gert [de psycholoog] zat je de hele week met acht mensen op elkaars lip. We kregen creatieve therapieën zoals fingerpainting, sporten en op dinsdag en vrijdag groepstherapie van Gert ter Weide zelf.'[1987] Barendregt noemde het jaar 1976 het beste van haar leven, al viel de therapie haar bepaald zwaar. Uiteindelijk nam ze afscheid van de groep met het idee dat ze het nu wel zou redden. Ze werd daarna inderdaad nooit meer opgenomen. Wel kreeg ze na haar ontslag nog zestien jaar individuele therapie van Gert, de psycholoog.[1988]

Uit de verhalen van Rademakers en Barendregt komt naar voren dat de psychiatrische inrichtingen waar zij in het begin van de jaren vijftig verbleven, qua huisvesting, sfeer en behandeling naast overeenkomsten vooral ook grote verschillen vertoonden. Rademakers' ervaringen met het regime van de nonnen in Voorburg waren bepaald ongunstig. Een arts zag ze daar nooit. In Wolfheze ging het anders toe: het was daar iets vrijer, er waren allerlei therapievormen, en er was een dokter met wie ze redelijk overweg kon. Overigens werd in beide inrichtingen volop geshockt; daarnaast kregen patiënten allerhande medicatie en ook slaapkuren. Beide inrichtingen pasten dwang- en strafmaatregelen toe, zij het dat de nonnen van Voorburg hiertoe vermoedelijk eerder en veelvuldiger overgingen. Barendregt had ten dele andere ervaringen. Noch in het Coolsingelziekenhuis noch in kliniek Ockenburg werd iets aan therapie of bezigheden gedaan. De sfeer in het Rotterdamse ziekenhuis was echter prettig, in tegenstelling tot in Ockenburg, waar het heel onpersoonlijk toeging. Over Vrederust, waar Barendregt in 1957 terechtkwam, was ze veel beter te spreken. Haar ervaringen met Largactil en andere 'paardenmiddelen' waren daarentegen minder gunstig. Wat hoe dan ook in de beide interviews opvalt is dat in de inrichtingen ook al vóór de introductie van de nieuwe psychofarmaca veelvuldig gebruik werd gemaakt van medicatie.

[1985] Louter 2005, 67.
[1986] Louter 2005, 68.
[1987] Louter 2005, 69.
[1988] Louter 2005, 72.

Rademakers' relaas over het door nonnen gedomineerde Voorburg staat niet op zichzelf. Van Eijk-Osterholts verslag over hetgeen haar tweelingzus Mies Osterholt (1923-1998) in Sancta Maria te Noordwijkerhout tijdens haar langdurige verblijf - van 1947 tot 1970 - kreeg te verduren, maakt duidelijk dat het er in deze katholieke inrichting bepaald niet beter aan toeging. Het regime van de nonnen, behorend tot de congregatie van de Zusters van Liefde, was eerder harteloos dan liefdevol – zo blijkt uit de vele wantoestanden die Van Eijk-Osterholt noteerde. In haar voorwoord concludeerde Van Eijk-Osterholt: 'Vijfentwintig jaar is een lange periode waarin veel kan veranderen. In de inrichting waar mijn zus verbleef, veranderde weinig.' [1989]

De dagboeken van Tellegen en Weijde over hun ervaringen met de psychiatrie in het begin van de jaren zestig zijn ten dele anders getoonzet. Egbert Tellegen, geboren in 1937, werd als student sociologie in 1960 vanwege een psychose onvrijwillig in Oud-Rosenburg te Loosduinen opgenomen.[1990] Hij moest daar onder andere een reeks elektroshock-behandelingen ondergaan. Aanvankelijk mislukten de narcoses.

> Hoe ging de zesde shock? Ik had nu nogal uitvoerig geklaagd over de voorgaanden. Het lukte niet goed bij mij. Tegelijkertijd met de narcosestof wordt curare ingespoten; spul wat de Indianen vroeger aan hun pijlen smeerden en dat de tegenstander totaal verlamde. Bij mij werkte de curare sneller dan het narcoticum zodat reeds tweemaal ik die totale verlamming *bewust* moest ondergaan. Niet zo prettig.
> Maar nu was mij verzekerd dat het niet zou gebeuren. En ik geloofde dat ook vast. En het gebeurde ook niet. Dus een heerlijk inslapen en een prettig ontwaken. Een goede shock.[1991]

Enkele dagen later schreef hij:

> Nu, na van tien tot drie uur 's nachts te hebben geslapen, voel ik pas de weldadige werking van de shock van vrijdag-vandaag-gisteren. En *met* het genezen ga ik deze inrichting meer waarderen. Nu stap ik naar broeder Gena toe en zit heerlijk rustig wat met hem te praten.
> Ik heb, geloof ik, nog altijd niet precies mijn verblijfplaats hier beschreven. Dat is een kamertje dat als een soort uitstulping tegen een zaal aan ligt. In die zaal staan twee rijen bedden met oude mannen.
> Aanvankelijk was ik zeer verwonderd *hier* te zijn opgenomen bij de oude mannen, maar later heeft me dat erg veel plezier gedaan. Ze hebben allemaal iets aftands, soms meer, soms vrijwel niet, en daardoor gaat er van hun traag-talmend-kalmend lijden een merkwaardige rust uit. Nou … lijden, dat valt in sommige gevallen nogal mee. […] Toen […] mij met veel enthousiasme werd aangeboden een eigen kamer helemaal apart te betrekken en verder te recreëren met de eerste-klassepatiënten, trok mij dat nauwelijks aan. Die eerste klassers zijn minder mentaal afgezakt en het contact met hen is daarom inspannender. Je kan niet zo

[1989] Van Eijk-Osterholt 1972, 5. Osterholt verbleef nadien nog in diverse andere inrichtingen. Zie Van Eijk-Osterholt 2002.
[1990] Mondelinge mededeling van E. Tellegen; in zijn boek noemt hij de naam van de inrichting niet.
[1991] Tellegen 1971, 223.

> goedmoedig-glimlachend langs hen heen lopen. En aangezien ik nu nog introverter ben dan normaal, trok mij die verandering niet zo erg aan. Ik deed het toch maar wel, maar … kreeg het na enkele dagen erg moeilijk en vroeg weer teruggezet te worden.[1992]

Korte tijd later noteerde Tellegen, nadat hij met broeder Gena over het vak had gepraat, dat je 'voor psychiater en verpleger eigenlijk bikkelhard [moet] zijn'.

> Straks zal ik weer met forse verbeten keiharde stoten een verpleegster een injectienaald in een been van een volkomen chaotische man zien stoten. Het lijkt, hoe zij en de broeder daar bezig zijn, bijna sadistisch, maar het is zelfbescherming. Dreunen ze er niet zo tegenaan, dan kan de emotionaliteit rondom het lijden van de patiënt in hen naar binnen dringen. Hun schijnbare sadisme is in feite een harnas. […]
> [Ook] de psychiater kan het zich beter maar niet veroorloven zich in alle diepte in te laten met de problemen van de patiënt. Laten we het nog simpel stellen en ervan uitgaan dat een psychiater op één moment tien gevallen zoals het mijne onder behandeling heeft en hij daalt daarin tot alle diepte af, hij doorleeft tien maal een geval als de dood van mijn vriend en al het gebeuren daaromheen, tien keer de godsdienstige zoekerijen, tien keer de geslachtelijke spanningen en tien keer de studieconflicten om even de hoofdpunten te noemen. Wel dan lijkt me dat deze man daar zelf wel aan ten onder moet gaan. Vandaar het conflict met de grotestadspsychiater die ik voor ik hier kwam bezocht. Hij begon te praten over 'stress', hetgeen mij mateloos irriteerde. Want mijn gebeuren was naar mijn inzicht helemaal (en naar mijn inzicht thans slechts gedeeltelijk) niet een 'stress' of zoiets uit de boekjes.[1993]

Van een andere broeder, die hij aanduidde als broeder Luister, kreeg Tellegen het advies om een dagboek van zijn verblijf in de inrichting bij te houden. Ook sprak hij met hem over het verloop van zijn soort ziekte, met afwisselend een manische periode, gevolgd door een diepe depressie. Daarna ging hij, zoals vaker, wandelen met een medepatiënt.

> [E]n toen … eindelijk naar de gymnastiek toe. Een heel eenvoudige les, hoewel toch voor mijn (door de shock nog extra) spieren nog wat onwillig. En dan terug wandelen en dan weten dat de plannen toch voornamelijk op overmoed zullen berusten en dan de nieuwe depressie. De weemoed zwaar liggend in hoofd en harten.[1994]

Enkele weken later schreef Tellegen dat de shock dit keer goed werkte en dat hij daarna 'erg vrolijk' en later 'gewoon opgelucht' was.

> Ja, het werkt echt wel, de shock. En trouwens, ook chemische middelen helpen. […]

[1992] Tellegen 1971, 230-231.
[1993] Tellegen 1971, 232-233.
[1994] Tellegen 1971, 234.

> Wat is dan het bedenkelijke van dit alles?
> Wel, dat ons kunnen ons begrijpen ver vooruit is.
> Dat 'kunnen' is het toedienen van chemische middelen. Dat is het shocken. Maar het 'begrijpen'? […]
> [I]k wil niet in de gangbare goedkope kritiek op 'het natuurwetenschappelijke' vervallen en ik zie ook wel in dat mijn notities amateuristisch zijn.
> Maar dan blijft dat achter het 'onaangepast' 'overspannen' 'zelf-niet-in-de-hand' veel onbegrepen dingen schuilgaan. Is bijvoorbeeld de vraag tussen de scheiding 'binnen' en 'buiten' al opgelost. Wat zit 'binnen' in de mens, wat is 'buiten'.[1995]

Na ruim drie maanden werd Tellegen uit de inrichting ontslagen. Hij kwam in nazorg bij een psychiater. Tellegen bezocht hem gedurende ongeveer anderhalf jaar vrij regelmatig, aanvankelijk ongeveer eens in de veertien dagen. 'Het waren altijd korte contacten van ongeveer een kwartier á twintig minuten. Als steun waren ze erg belangrijk.'[1996] Een terugslag bleef Tellegen bespaard.

Het psychiatrisch dagboek van Bert Weijde (1932-1986) opent in maart 1961. Hij woonde toen in Amsterdam en zijn werkgever had hem ontslagen. Op aandringen van zijn moeder zocht Weijde medische hulp. Via zijn huisarts belandde hij bij een zenuwarts. Gevraagd naar zijn opleiding en arbeidsverleden vertelde Weijde dat hij op de kweekschool was geweest en twee keer voor de klas had gestaan, de laatste keer in Nieuwe Tonge en de eerste keer in Amsterdam. De eerste keer ging 'al helemaal niet. Ik was toen reserve-onderwijzer: 39 scholen in een jaar tijd. Goed voor een kneusje als ik'.[1997] Daarna had hij op een statistiekbureau gewerkt en daar was hij na een jaar 'ook weer weggevlucht. Het meest is 't me bevallen op het Volkskunde Bureau. Daar ben ik het langst gebleven, twee jaar. Maar tenslotte was het niet vol te houden.'[1998] Bij zijn derde bezoek aan de zenuwarts kreeg hij de raad zich voor nader onderzoek op te laten nemen. Weijde moest zich bij de Amsterdamse GG en GD aan de Achtergracht laten inschrijven voor een opname. Hij gaf aan de Valeriuskliniek te verkiezen boven het Wilhelmina Gasthuis.

Weijde verbleef van half mei tot half augustus 1961 in de Valeriuskliniek, op een zaaltje met acht bedden. Hij had met enige regelmaat een gesprek met zijn behandelend arts, onder andere over zijn angsten en of hij stemmen hoorde.[1999] Na zijn ontslag uit de Valeriuskliniek, een korte vakantie met zijn ouders en een periode van op kamers wonen in Amsterdam, volgde in juli 1962 zijn (vrijwillige) opname in Wolfheze. Bij aankomst in paviljoen Eikenhorst verzocht een broeder hem zijn kleren uit te doen. Na zijn bad kreeg hij een grijze katoenen pyjama aan van de stichting. 'De stichting, zo wordt het hier genoemd. Alles is van de stichting. Ik heb gezegd: fijn. Ik heb eveneens gezegd "fijn", toen ik in bad was. Want de broeder vond dat ik er zo van opknapte.'[2000] Vervolgens kreeg Weijde een bed op een zaal met 24 bedden toegewezen. De eerste dagen moest hij in bed blijven. Een arts kreeg hij nog niet te zien. Op een gegeven moment kwam de

[1995] Tellegen 1971, 238-239.
[1996] Tellegen 1971, 250.
[1997] Weijde 1994, 14.
[1998] Weijde 1994, 14.
[1999] Weijde 1994, 26-85.
[2000] Weijde 1994, 147.

hoofdbroeder zeggen: ‘Vanmiddag er maar eens uit […] Ja meneer Van der Weide [sic], gerust, de dokter komt met u praten. Hij heeft het druk. Nou en of, of hier dokters zijn. Maakt u zich daar maar geen zorgen over.’[2001] Weijde kreeg nieuwe zwarte schoenen en bij de kleermaker werden hem een blauw kostuum, een bruin manchester pak, en twee regenjassen aangepast. ‘De kleren kreeg ik niet gelijk mee omdat er eerst nog mijn nummer in gestikt moest worden.’[2002] Op zaal was het erg rumoerig. Dat vond Weijde moeilijk te verdragen.

> De luidspreker in de hoek bij het raam boven het bed van de weggedoken jongen had ik al gezien. Sinds zeven uur staat hij aan. Er is een stekker aan. Dat wil zeggen hij kan aan of uit. Hard en zacht bestaat niet. Dat is ooit eens vastgesteld in het gebouw en daar kan niemand bijkomen.[…] Het protest dat ik er tegenin probeerde te brengen werd gestadig aan verpletterd. Ik zou het ondergaan: de Blue Diamonds, de lezing over de openbaring van Johannes, de radiokrant van vandaag en Alles wat adem heeft lovet de Heer. Tussendoor deed ik pogingen om te lezen. Het zou me wel eens kunnen lukken om twee tegelijk te zijn.[2003]

Weijde ging ook af en toe naar de werkplaats, wasknijpers maken. ‘Er mocht niet gerookt worden, maar er was een toilet. Ik ging er dus heen en bleef door het raampje naar buiten kijken, rook wegblazend. Opgesloten. Hetzelfde overal.’[2004]

Toen Weijde dan toch een arts kreeg te zien, was één van diens vragen: ‘hoe bevalt het u hier? Bent u al wat aangepast?’ En het antwoord van Weijde: ‘Dat kan niet. Ik voel onmiddellijk of ik ergens thuis ben of niet. Toen ik hier de eerste keer de zaal binnenkwam, wist ik dat ik zo gauw mogelijk weg moest zien te komen.[…] Het is beneden een herrie van jewelste.’[2005] Aan het eind van het gesprek verzocht de arts hem zijn levensgeschiedenis te schrijven. Weijde protesteerde: ‘Dat kan ik niet.’ De arts: ‘Dat zal best lukken, meneer Weijde. U probeert het maar.’[2006] Naar later zou blijken, bleef het bij enkele mislukte pogingen. Bij een volgend gesprek was er nog een tweede arts aanwezig.

> Ja, als we deze papieren zo doorlezen, dan wordt meneer Weijde telkens weer beschreven als een zeer gevoelig persoon met brede belangstellingen, maar zeer gehandicapt in zijn omgang met mensen. Ik geloof eigenlijk dat het wel meevalt, die gevoeligheid. […] Wat zegt u, meneer Weijde? O, die largactil. Ja, dat is protocol, hè. Dat zult u zo langzamerhand ook wel begrijpen. Ik kan me voorstellen dat u er bezwaar tegen heeft. Bezwaren tegen medicijnen, dat komen we meer tegen bij patiënten van uw type. […] Ja. Ik wou deze kuur toch nog maar veertien dagen aanhouden, dat lijkt me beter. En dan zullen we een heel nieuw medicijn beginnen. […] Het doel van dat middel is u meer doelgerichtheid en wereldbeeld te geven. Maar de gevolgen zijn subjectief, u moet niet denken dat

[2001] Weijde 1994, 164.
[2002] Weijde 1994, 164.
[2003] Weijde 1994, 165.
[2004] Weijde 1994, 177.
[2005] Weijde 1994, 188-189.
[2006] Weijde 1994, 189-190.

> we u een wereldbeeld laten slikken. […] Wat, meneer Weijde, shocken zegt u? Nee, dat lijkt me in uw geval niet nodig.[2007]

Weijde had graag in de tuin willen werken, maar daar kwam, volgens de arts, 'nog wel meer voor kijken dan het zomaar mooi vinden'. Het zou, volgens de arts, nog niet zo makkelijk zijn om een geschikt plaatsje voor hem te vinden. 'Want u zult wat moeten gaan doen, vindt u zelf ook niet? Zo altijd maar op die zaal rondhangen, dat gaat natuurlijk niet'. Ook kreeg Weijde te horen dat hij naar een andere, rustiger afdeling zou worden overgebracht.

> En daar gaan we ook beginnen aan een heropvoeding om u weer geschikt te maken voor de maatschappij. U hebt te veel moeilijkheden in uw medemenselijk contact, dat gaat echt niet langer, dat zult u toch wel met me eens zijn. […] Nee, natuurlijk gaan we geen ander mens van u maken, dat zouden we heus niet kunnen. De bedoeling is u wat meer in harmonie te brengen met uw milieu. […] Maar u zult wel moeten meewerken. Dan kunnen we echt iets bereiken. En als het hier in deze beschermde omgeving op den duur dan is gelukt, dan kunnen we het weer eens in de grote maatschappij proberen. Maar, dat zeg ik u van tevoren, het is ook mogelijk dat het in de maatschappij niet lukt, dat u er zich niet kunt handhaven. Dat kan gebeuren, 't leven is daar tenslotte niet zo uitgebalanceerd als hier. In dat geval zal er niets anders opzitten dan hier terug te komen. Zo staan de zaken ervoor. Ik wil het niet mooier voorstellen dan het is.[2008]

De dreiging eventueel zijn hele leven in de inrichting te moeten blijven, maakte Weijde wanhopig. Enkele weken later verzocht hij de arts hem uit de inrichting te ontslaan. Deze weigerde met als argument dat Weijde een gevaar was voor zichzelf. 'Gelogen, zei ik. Kunt u dat bewijzen. […] Ik denk er helemaal niet aan zelfmoord te plegen, laat staan dat het uit mijn gedrag valt af te leiden.' Tijdens dit gesprek werd de arts opgebeld; op de vraag of er een bed vrij was antwoordde hij ontkennend. Weijde onderbrak het gesprek en verkondigde met luide stem dat zijn bed vrij was. 'Ik maakte van zijn onzekerheid gebruik en dwong hem door de telefoon te zeggen dat er wel een bed vrij was.' Waarop de arts zei 'dat ik goed moest begrijpen dat ik met deze handelwijze riskeerde in een gesloten afdeling terecht te komen. Zover ik wist had hij daar niet zo maar het recht toe.'[2009] De arts gaf zich toch gewonnen en verleende Weijde toestemming nog diezelfde dag, 13 augustus 1962, te vertrekken. Van zijn moeder vernam Weijde later dat de huisarts nog had geprobeerd zijn ouders over te halen 'een KZ-verklaring op me te tekenen, hetgeen inhoudt dat ik volslagen krankzinnig ben, niets meer over mezelf te zeggen heb en overgeleverd ben aan de psychiatrie zolang het de psychiaters belieft. Vader en moeder hebben dat geweigerd, waarmee ze me van de morele ondergang hebben gered.'[2010]

[2007] Weijde 1994, 235-236. Het nieuwe medicijn was, naar later bleek, Mellaril. Weijde voerde het op als melleril. Weijde 1994, 260. Vergelijk Pieters, Stevens en Snelders 2006, 90.
[2008] Weijde 1994, 236-237.
[2009] Weijde 1994, 268.
[2010] Weijde 1994, 270.

Wat valt er uit de dagboeken van Tellegen en Weijde op te maken? In hoeverre weerspiegelde de door hen ervaren en beschreven dagelijkse praktijk van het inrichtingsleven in het begin van de jaren zestig de kentering die zich in de jaren vijftig aankondigde? Beiden kregen de toen gangbare psychofarmaca. Alleen Tellegen kreeg electroshock-behandelingen; voor Weijde vond de arts dit niet nodig. Tellegen, die het verblijf op een afdeling van de tweede klasse verkoos boven dat in de eerste klasse, verkeerde wat dat aangaat, anders dan Weijde, in een bevoorrechte positie. Over het regime in Oud-Rosenburg komen we hoe dan ook niet erg veel te weten. Weijde wist al vlug dat Wolfheze niets voor hem was. Hij kwam niet verder dan de observatieafdeling en was binnen een maand vertrokken. De gesprekken met de arts getuigen van een tamelijk paternalistische houding tegenover Weijde en wekken niet direct de indruk dat er, althans op deze afdeling van Wolfheze, een nieuwe wind waaide.

De door Vijselaar geanalyseerde patiëntendossiers bieden evenwel aanvullende informatie over Wolfheze in de tijd dat Van der Drift daar als geneesheer-directeur de scepter zwaaide.[2011] De ziektegeschiedenissen van drie patiënten die in 1957, dus vijf jaar voor de opname van Weijde, in Wolfheze arriveerden, laten zien dat behandeling 'op verschillende sporen' plaatsvond. In het kader van de heropvoedingstherapie was er, althans voor sommige patiënten, sprake van 'een integratie van de sociotherapeutische en somatische benadering'.[2012] Dat blijkt het duidelijkst uit het dossier van een jonge vrouw die 'in een acute psychose met verwarring en motorische onrust' werd opgenomen.[2013] Ze kreeg al na twee dagen hoge doses Largactil in combinatie met Phenergan. Ook kreeg ze vanaf het begin elektroshocktherapie – in ongeveer tien maanden ruim vijftig keer. Volgens Vijselaar geven de bewoordingen in het dossier de indruk 'dat daarbij soms ook gedragscorrectie het motief vormde'. Gezien Rademakers' eerdere, hierboven vermelde ervaring met een 'strafshock' tijdens haar verblijf in Wolfheze, lijkt er in dit opzicht dus sprake te zijn van continuïteit. Toen de in 1957 opgenomen vrouw na een maand 'enigszins ordelijker en kalmer' was geworden, 'besloot het arbeidsteam haar op grond van observaties in de testzaal', als hulpleidster op het eigen zwakzinnigenschooltje te plaatsen. 'Dat gebeurde uitdrukkelijk omwille van "haar minderwaardigheidsgevoelens en angst voor gezelschap".' Wat later werd ze betrokken bij de verzorging van oudere dames. Ook nam ze deel aan groeps- en bewegingstherapie. Na een half jaar mocht ze ter voorbereiding op haar ontslag af en toe een weekend naar huis, en voorts werkte ze vanaf vier maanden voor haar ontslag halve dagen in het dorp als hulp in de huishouding.

Een tiener die eveneens in 1957 in Wolfheze werd opgenomen, kreeg arbeidstherapie in de vorm van figuurzagen, psychotherapie en, evenals de vorige patiënte, Largactil en Phenergan. Blijkbaar werd ook deze patiënt 'streng aangepakt'. Heropvoeding was het parool. Een andere in datzelfde jaar opgenomen patiënte kwam kennelijk ook in aanmerking voor 'straffe heropvoeding'. Haar familie tekende hiertegen bezwaar aan, waarop de behandelend arts wees op het 'bijzondere klimaat'. '"Het is door deze sfeer der heropvoeding dat wij hopen, dat patiënte nog eens komt tot een nettere manier van eten, een nalaten van agressief gedrag tegenover mede patiënten en de luide gilbuien."' Voorts bestond de behandeling uit arbeid in de tuin, de breizaal en de

[2011] Vijselaar 2007c. Zie over Van der Drift ook 3.4.4. 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'.
[2012] Vijselaar 2007c, 209.
[2013] De hierna volgende ziektegeschiedenissen ontlenen wij, inclusief citaten, aan Vijselaar 2007c, 209-211.

wasserij, fysische en bewegingstherapie en medicatie bestaande uit onder andere Serpasil en Prazine. Overigens werd noch bij de tiener noch bij laatstgenoemde patiënte gewag gemaakt van enigerlei vorm van sociotherapie.

Uit de verhalen van Rademakers en Barendregt en de dagboeken van Tellegen en Weijde kwam reeds naar voren welke zorgtrajecten zij als psychiatrisch patiënt hadden doorlopen. Rademakers verbleef begin jaren vijftig achtereenvolgens in Voorburg, 'Wassenaar' en Wolfheze, en kwam begin jaren tachtig nogmaals in Voorburg terecht. Wie haar voor deze laatste opname had verwezen, blijft onvermeld. Barendregt doorliep een nog gevarieerder zorgtraject, beginnend met een verwijzing vanuit Maasoord, waar zij in de B-opleiding zat, voor opname op de psychiatrische afdeling van het Coolsingelziekenhuis. Vandaar ging ze naar Ockenburg. Na haar ontslag uit Ockenburg kreeg zij nabehandeling in de particuliere praktijk van haar arts uit het Coolsingelziekenhuis. Na deze opnamen in het begin van de jaren vijftig, volgden tussen 1957 en 1976 nog tal van opnamen in verschillende psychiatrische inrichtingen. Na haar laatste opname in het Deltaziekenhuis kreeg ze nog geruime tijd psychotherapie van de psycholoog uit dit ziekenhuis. Tellegen doorliep begin jaren zestig een veel korter traject: eerst bezocht hij een zelfstandig gevestigd psychiater, daarna belandde hij in Oud-Rosenburg, om ten slotte nog anderhalf jaar nazorg van een psychiater te ontvangen. Weijde kwam na consultatie van zijn huisarts bij een psychiater, die hem voor het regelen van zijn opname doorverwees naar de GG en GD op de Achtergracht. Daarop volgden met een klein jaar tussenpoos twee opnamen: eerst in de Valeriuskliniek en daarna in Wolfheze.

Vijselaars dossieronderzoek wijst uit dat patiënten die in de jaren vijftig en zestig in Wolfheze werden opgenomen doorgaans soortgelijke zorgtrajecten hadden doorlopen.[2014] Zij kwamen zelden rechtstreeks in Wolfheze terecht, zoals dat eerder in de twintigste eeuw nog wel vaak het geval was. De route die uiteindelijk naar Wolfheze voerde, begon met een bezoek aan de huisarts, de consultatie van een zelfstandig gevestigd psychiater en eventueel opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een psychiatrische universiteitskliniek, of, vanaf 1961, met behandeling in het psychiatrisch dagziekenhuis Welgelegen te Velp. In de late jaren vijftig en de jaren zestig kwamen ook andere 'tussenvoorzieningen', waaronder sluisinternaten en 'arbeidstraining' buiten de inrichting, tot ontwikkeling die bedoeld waren om patiënten voor te bereiden op hun terugkeer vanuit de inrichting naar de maatschappij. Voor nazorg konden ze vervolgens onder meer terecht bij sociaalpsychiatrische hulpverlening. Kortom, psychiatrisch patiënten kregen in deze naoorlogse periode te maken met een steeds gedifferentieerder stelsel van psychiatrische voorzieningen. Alternatieven voor opname in een psychiatrische inrichting, bijvoorbeeld in de vorm van behandeling in een psychiatrisch dagziekenhuis, en nieuwe brugvoorzieningen tussen inrichting en maatschappij voorzagen in een gevarieerder zorgaanbod waarvan psychiatrisch patiënten gebruik konden maken.

3.4.8. *Forensische psychiatrie*

De belangrijkste tendensen die zich in de psychiatrische inrichtingen voordeden, zijn ook aan te treffen in de TBR-instellingen. De naoorlogse ontwikkelingen daarin zijn nauw

[2014] Vijselaar 2007b.

verbonden met die van de forensische psychiatrie. Veranderingen in het strafrechtelijk klimaat en nieuwe psychosociale en gedragswetenschappelijke benaderingen voedden na de Tweede Wereldoorlog het optimisme omtrent de behandelingsmogelijkheden van psychisch gestoorde delinquenten, hoewel de praktijk vooralsnog achterbleef bij de idealen.[2015] In 1947 werd de zogenaamde Stopwet, in 1933 ingevoerd om het aantal TBR-stellingen te beperken, ingetrokken. Vier jaar later nam de Tweede Kamer een nieuwe Beginselenwet Gevangeniswezen aan, nadat een onderzoekscommissie het gevangeniswezen kritisch had doorgelicht en had geconstateerd dat het daarin ontbrak aan psychologische deskundigheid. De nieuwe wet bezegelde het einde van het cellulaire stelsel, waarin gedetineerden voortdurend van anderen waren afgezonderd, en stelde het streven naar hun resocialisatie centraal, onder meer door middel van gemeenschappelijke activiteiten. Het ging erom misdadigers weer in de maatschappij te integreren. De ervaring van verzetsstrijders, van wie sommigen gevangenisstraf aan den lijve hadden ervaren, bevorderde de naoorlogse hervormingsgezindheid op penitentiair gebied.[2016] Ook had het begrip misdaad door de ervaringen in de oorlog een relativering ondergaan. Zo schreef de psychiater H. van der Hoeven in 1944 dat de sterke stijging van de misdaad 'bij de gehele bevolking een criminele dispositie heeft onthuld van een intensiteit en een extensiteit als wij voorheen niet mogelijk geacht zouden hebben. […] Opeens leek iedereen beroofd van de normen en waarden die we de grondslag van ons leven waanden'.[2017]

Ten einde meer inzicht te krijgen in de persoonlijke kenmerken van gevangenen en tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan gedragskundige rapportages ten behoeve van berechting, bestraffing en resocialisatie, werden eind jaren veertig de eerste psychologen in gevangenissen aangesteld.[2018] Tot een substantiële afname van de frequentie van psychische klachten onder gevangenen leidde dit alles vooralsnog niet. Gedetineerden met psychische stoornissen konden worden opgenomen in de sinds 1949 bestaande Psychiatrische Observatiekliniek van het Gevangeniswezen te Utrecht, in de psychiatrische afdeling van het Huis van Bewaring in Amsterdam of in (rijks-)psychiatrische inrichtingen.[2019] Vanaf 1953, toen in het arrondissement Haarlem de eerste 'districtspsychiater' (F. Hartsuiker) aantrad, kreeg de psychiatrie een geïnstitutionaliseerde plaats in de rechtspraak en het gevangeniswezen. Tot dan toe werd de forensische psychiatrie op consultbasis uitgeoefend. Eind jaren vijftig volgden de arrondissementen Amsterdam, Arnhem en Leeuwarden het Haarlemse voorbeeld. De districtspsychiatrische dienst in Amsterdam schakelde als eerste ook psychologen in.[2020]

De groeiende erkenning van het belang van psychiatrisch onderzoek en therapeutische behandeling van psychisch gestoorde delinquenten kwam vooral tot uitdrukking in de stijging van het aantal TBR-vonnissen. Tussen 1947 en 1960 bedroeg dit gemiddeld tussen de 580 en 680 per jaar, waarvan het grootste deel - tussen 300 en 400 - bestond uit voorwaardelijke veroordelingen.[2021] De TBR-inrichtingen waren niet op

---

[2015] Hamers 1986; Mooy 1991, 11.
[2016] Franke 1990, 632-646.
[2017] Dankers en Van der Linden 1996, 174.
[2018] Brand 2000, 342-344.
[2019] Franke 1990, 748-749.
[2020] Brand 2000, 342-344; Haffmans 1983.
[2021] Haffmans 1984, 11.

deze sterke groei berekend waardoor een toenemend aantal van deze veroordeelden - in 1948 betrof het al zestig - in het Huis van Bewaring op hun behandeling moest wachten. In 1952 spanden zes van hen een kort geding tegen de staat aan, omdat ze geen behandeling kregen zoals hun vonnis voorschreef.[2022] Naar aanleiding van dit zogenaamde passantenprobleem stelde de regering in hetzelfde jaar de Tijdelijke Commissie van Advies voor de Psychopathenzorg in onder voorzitterschap van Van der Horst om zich over de capaciteitsproblemen te buigen.[2023] In de loop van de jaren vijftig werd het probleem minder nijpend doordat de forensisch-psychiatrische instellingen een forse uitbreiding ondergingen. Hun aantal nam tussen 1949 en 1965 toe van 3 tot 16, waarvan 8 van de overheid, 3 met een algemeen particuliere, 4 met een protestants-christelijke en één met een rooms-katholieke signatuur.

Naast de bestaande psychopatenasiels te Avereest (Veldzicht), Eibergen (Oldenkotte, in 1958 uitgebreid met 40 bedden) en Heiloo - het St. Pauluspaviljoen van de St. Willibrordusstichting met 40 bedden ging eind 1960 dicht waarvoor in 1966 de prof. mr. W.P.J. Pompekliniek in Nijmegen in de plaats kwam - werd een dertiental nieuwe forensisch-psychiatrische en TBR-klinieken en -asielen opgericht. Utrecht werd het centrum van de forensische psychiatrie met drie nieuwe instellingen: de Psychiatrische Observatiekliniek van het Gevangeniswezen (1949) met 40 plaatsen voor verdachten die op gezag van rechtbanken psychiatrisch onderzoek ondergingen; het Selectie-Instituut voor TBR-gestelden (1952) met 75 bedden, bedoeld om veroordeelden te diagnostiseren en te onderzoeken op hun geschiktheid voor een bepaalde inrichting en behandeling; en de Dr. H. van der Hoevenkliniek van de Willem Arntsz Stichting te Utrecht (1955) met 120 bedden. Verder kwamen TBR-gestelden of andere psychisch gestoorde delinquenten terecht in Hoeve Boschoord van de Maatschappij van Weldadigheid te Vledder met 36 plaatsen (1950); de Kogelenbergh als onderdeel van de strafgevangenis in Den Haag (1952; vanaf 1955 Rijksasiel); de Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen (vanaf 1952 Noodasiel voor psychopaten als onderdeel van de gevangenis en vanaf 1962 als volwaardige TBR-inrichting) met 70 plaatsen voor vluchtgevaarlijke delinquenten; de Reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar van het Leger des Heils in Lunteren (1953) met 35 plaatsen; het voormalig rijksopvoedingsgesticht de Kruisberg te Doetinchem met 180 bedden; het noodasiel voor vrouwelijke psychopaten in het Huis van Bewaring van Maastricht (1960); de kolonie het Hoogeland in Beekbergen; inrichting Filadelfia te Vries; de Algemene R.K. Landkolonie Koningslust te Helden en Maria Regina te Stevensbeek.[2024] Verder namen ook reguliere psychiatrische inrichtingen delinquenten ter observatie en behandeling op.[2025] Begin jaren zestig was bijna twintig procent van de TBR-gestelden niet in een zogeheten psychopatenasiel, maar in een reguliere psychiatrische inrichting opgenomen.[2026] Voorwaardelijk veroordeelde en in

---

[2022] Weijers 2003, 23.
[2023] Dankers en Van der Linden 1996, 157.
[2024] Van de laatste 5 kleinere instellingen beschikken wij niet over het aantal beschikbare plaatsen en van de laatste vier weten wij ook niet vanaf wanneer zij als TBR-instelling fungeerden. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 43-44; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 224-226; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II, 48-51; Haffmans 1984, 12; Bakker 2002a, 41; Bakker 2002e, 245-249. Weijers 2003, 23-25. Zie ook Blankstein et al. 1986; Hamers 1986; Koenraadt 1991a; Krul-Steketee en Zeegers 1993.
[2025] Kroft 2005, 159-162.
[2026] Van Emmerik 1999, 12.

vrijheid gestelde TBR-gestelden stonden onder toezicht van de reclassering en kregen psychiatrische begeleiding door psychiaters van voor- en nazorgdiensten of van de dr. F.S. Meijers-Vereniging, de opvolger van de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken, onder leiding van de psychiater J. Kloek.[2027]

Inhoudelijk kreeg de forensische psychiatrie vooral door het werk van enkele toonaangevende vertegenwoordigers van de zogenaamde Utrechtse School een impuls.[2028] Naast de jurist W.P.J. Pompe, sinds 1928 hoogleraar in het strafrecht, en de criminoloog G.Th. Kempe, in 1946 benoemd tot privaatdocent en in 1949 tot hoogleraar in de criminologie, was het vooral de jurist en psychiater Baan, vanaf 1947 privaatdocent en vanaf 1952 hoogleraar forensische psychiatrie, die zich op dit terrein profileerde. Zij zetten zich in voor vernieuwingen op de terreinen van de strafrechtsspraak, het gevangeniswezen, de zorg voor psychisch gestoorde delinquenten en de reclassering. Geïnspireerd door de fenomenologie en het personalisme alsmede het existentialistisch-antropologische ideeëngoed van M. Heidegger, K. Jaspers, J.-P. Sartre en M. Buber stelden zij dat niet vergelding leidraad in het strafrecht moest zijn, maar begrip voor de persoonlijkheid, de levensgeschiedenis en de individuele omstandigheden van de delinquent.[2029]

Baan, die de leiding kreeg over de drie nieuwe forensisch-psychiatrische instellingen in Utrecht en die had samengewerkt met Van der Hoeven, nam afstand van deterministische psychiatrische diagnoses in termen van erfelijke aanleg en psychopathie. Volgens Baan werd de mens gevormd door relaties en communicatie met andere mensen en was misdaad vaak een symptoom van een belemmerde persoonlijkheidsontwikkeling als gevolg van een tekort aan liefde, warmte, koestering en veiligheid. Ondanks hun misdaden bleven delinquenten aanspreekbare 'medemensen' wier drijfveren aan de hand van hun individuele levensgeschiedenis te begrijpen waren. Zij zouden hulp behoeven en door middel van inlevende en begripvolle dialoog - 'ontmoeting' in het personalistische jargon - en psychologische en pedagogische begeleiding tot verantwoordelijkheidsbesef en herstel van de band met de gemeenschap zijn te brengen. Ook bij misdadigers zou nog 'een stuk potentiële vrijheid en verantwoordelijkheid' aanwezig zijn waarop behandelaars een appèl konden doen. Baan betreurde dat de medische bemoeienis met delinquenten vaak niet verder ging dan het stellen van een diagnose: 'Deze etiketten veroorzaken […] een sterk remmende werking op de ontplooiing van therapeutische activiteiten'.[2030] Voorkomen moest worden dat zij als gevolg van uitsluiting en stigmatisering tegenover de maatschappij kwamen te staan; sociale rehabilitatie en reïntegratie was het parool van de Utrechtse School. Evenals andere aanhangers daarvan werd Baan gedreven door een groot optimisme omtrent de verbeterbaarheid van de mens. 'Geef mij genoeg geld', zou hij hebben gezegd, 'en ik genees alle psychopaten.'[2031]

Samen met de zenuwarts A.M. Roosenburg en de psycholoog J.R.M. van Ratingen probeerde Baan zijn ambities te verwezenlijken in de nieuwe Van der

---

[2027] Weijers 2003, 27.
[2028] Zie over de Utrechtse School 3.5. De universitaire psychiatrie.
[2029] Moedikdo 1976; Franke 1990, 661; Kelk 2007, 84-87.
[2030] Baan 1957, 11, 14.
[2031] Koenraadt 1995, 121; vergelijk Moedikdo 1976, 111, 114, 143; Dankers en Van der Linden 1996, 171-179; Weijers 2003, 25-26.

Hoevenkliniek. Deze kliniek van de Willem Arntsz Stichting was tot stand gekomen om het tekort aan TBR-plaatsen te lenigen en nam een bijzondere positie in temidden van de andere TBR-inrichtingen, niet alleen vanwege de benaming kliniek in plaats van asiel of inrichting. Door een wijziging van het Psychopathenreglement kreeg de kliniek de status van een gezamenlijk door Justitie en Volksgezondheid aangewezen inrichting ter verpleging van psychisch gestoorde delinquenten. Hierdoor verwierven de behandelaars, die de therapeutische functie van de kliniek onderstreepten, enige zeggenschap over het opname- en ontslagbeleid. De Van der Hoeven Kliniek had het recht om onbehandelbare patiënten met opgave van reden aan Justitie te ontslaan. Ook nam de Van der Hoeven Kliniek vrouwelijke patiënten op; meer dan één op de tien patiënten was vrouw. Baan en Roosenburg baseerden het therapeutisch regime op de Rogeriaanse psychotherapie en de sociotherapeutische benadering van Maxwell Jones en Sivadon. Het gehele dagelijkse leven kwam in het teken van behandeling te staan en de patiënten konden hun stem laten horen in vergaderingen met de staf. Verplegenden en maatschappelijk werkers fungeerden als groepsleiders en hadden een pedagogische taak. Naast de arbeidstherapie, waarbij de TBR-gestelden een prestatieloon ontvingen om hun gevoel van eigenwaarde te bevorderen, was er veel aandacht voor onderwijs en diverse vormen van creatieve therapie, bewegingstherapie en vrijetijdsbesteding. Baans opvattingen over vrijheid en verantwoordelijkheid bleken evenwel te optimistisch. In de beginperiode ontvluchtten nogal wat TBR-gestelden de kliniek, waarop de regels en de beveiliging werden aangescherpt.[2032]

De therapeutische inspanningen in de Van der Hoevenkliniek bleven vooralsnog uitzonderlijk. Het ontbrak de TBR-inrichtingen aan voldoende financiële middelen en deskundig personeel om de socio- en psychotherapeutische behandeling, zoals de Utrechtse School die voorstond, toe te passen.[2033] Wel kregen de gedetineerden medicijnen voorgeschreven en vonden de al in de jaren dertig toegepaste castraties van zedendelinquenten doorgang; deze bereikten rond 1950 zelfs een hoogtepunt. In de periode 1938-1968 zijn 384 wegens zedendelicten TBR-gestelde mannen - de helft was wegens artikel 248bis, dat homoseksueel verkeer tussen een meerder- en minderjarige strafbaar stelde, veroordeeld - met toestemming van het Ministerie van Justitie gecastreerd.[2034] Daarnaast onderging een onbekend aantal voorwaardelijk veroordeelden deze ingreep.[2035] De directeuren van het rijksasiel Veldzicht te Avereest, A.L.C. Palies en F. Hartsuiker, en de aan de St. Willibrordusstichting te Heiloo verbonden psychiater A.J.A.M. Wijffels publiceerden in de jaren veertig en vijftig over deze behandeling, deels aan de hand van de in hun instellingen geopereerde TBR-gestelden.[2036] Volgens deze psychiaters waren de resultaten van de ingreep overwegend gunstig. Weliswaar hadden de patiënten te kampen met bepaalde nadelige lichamelijke en psychische gevolgen, maar deze zouden in het niet vallen bij de heilzame effecten. De verzwakking van het driftleven verkleinde de kans dat de betrokkenen zich opnieuw schuldig maakten aan zedendelicten. Hoewel zij officieel zelf toestemming voor de operatie moesten geven, valt niet aan de indruk te ontkomen dat TBR-gestelden vaak onder druk werden gezet om

[2032] Dankers en Van der Linden 1996, 156-215; Cossee-Buys, Feldbrugge en Hendriks 1975.
[2033] Haffmans 1984, 15-18.
[2034] Buitelaar 1978, 11; Noordman 1989, 197.
[2035] Koenders 1996, 613.
[2036] Palies en Wuite 1941; Palies 1947; Hartsuiker 1947; Wijffels 1954 en Wijffels 1955.

ermee in te stemmen. De overweging dat 'genezing' de kans op invrijheidstelling vergrootte, gaf bij menigeen de doorslag om aan de pressie van artsen toe te geven.[2037]

Pas vanaf de jaren zestig vond de door de Utrechtse School bepleite aanpak daadwerkelijk meer toepassing en wonnen sociaalpsychologische benaderingen aan invloed in TBR-instellingen, mede als gevolg van de aanstelling van een groeiend aantal psychologen. Daarbij waren drie varianten te onderscheiden. De eerste was een psychoanalytische optiek waarin de aandacht uitging naar de 'moeilijke' jeugd en stoornissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid en waarbij op zelfinzicht gerichte psychotherapie de geëigende behandelmethode was. De tweede bestond uit een antropologisch-fenomenologisch gezichtspunt waarin de gestoorde verhouding tussen de delinquent en diens sociale omgeving centraal stond en socio- en gezinstherapie passende behandelingen bood. De derde behelsde een behavioristische invalshoek die zich richtte op verkeerde gedragspatronen en gebrekkige zelfbeheersing en waarbij de therapie een gedragspsychologisch en pedagogisch karakter had.[2038] Naast Baan en Roosenburg speelde de geneesheer-directeur van de TBR-kliniek Groot Batelaar te Lunteren, Arendsen Hein, een belangrijke rol bij de ontwikkeling van psycho- en sociotherapie voor TBR-gestelden, die hij deels combineerde met behandelingen door middel van koolzuurinhalatie, methedrine en LSD.[2039]

Juist toen in de inrichtingen het accent verschoof van maatschappelijke beveiliging naar socio- en psychotherapeutische behandeling, kwam de TBR-regeling opnieuw ter discussie te staan. Aan de ene kant plaatsten rechters vanaf het eind van de jaren vijftig vraagtekens bij de therapeutische effectiviteit ervan en betwijfelden zij of de veiligheid van de maatschappij er wel mee gebaat was. In de jaren zestig daalde het gemiddelde aantal TBR-stellingen per jaar naar ongeveer 330, waarvan ongeveer de helft onvoorwaardelijk.[2040] Frequenter dan voorheen werden deze gecombineerd met lange gevangenisstraffen. Naar aanleiding van ontvluchtingen en recidive door TBR-gestelden na hun vrijlating, trokken TBR-instellingen negatieve publiciteit. Zo vermoordde een ontvluchte patiënt uit het Pauluspaviljoen van de St. Willibrordusstichting in 1960 een meisje, hetgeen in de media tot grote verontwaardiging leidde. De leiding van deze inrichting, die al langer van de TBR-afdeling afwilde, hief deze eind 1960 op.[2041] Aan de andere kant kwam er kritiek op de rechteloosheid van TBR-gestelden. Zij konden voor een onbepaalde tijd worden vastgehouden, verkeerden in voortdurende onzekerheid omtrent hun toekomst en ze waren overgeleverd aan een medisch regime; het advies van de arts woog zwaar bij de beslissing om een TBR-stelling na een of twee jaar al dan niet te verlengen.[2042]

In het midden van de jaren zestig kwam er in de pers en in de Tweede Kamer enige aandacht voor de gebreken van de TBR-inrichtingen. Zo werd de Van Mesdagkliniek, een inrichting voor gevaarlijke TBR-gestelden waarin de gedetineerden begin jaren zestig twee keer in opstand kwamen tegen het strenge gevangenisregime, in

---

[2037] Oosterhuis 1992, 55-56.
[2038] Haffmans 1984, 18-21; Weijers 1995; Weijers 1996; Barneveld 1991.
[2039] Snelders 2000, 133-149; Weijers 2003, 28-29; De Goei 2007b.
[2040] Haffmans 1984, 11; vergelijk Hamers 1986, 48; Barneveld 1991, 232; Dankers en Van der Linden 1996, 180-181.
[2041] Bakker 2002e, 245-249.
[2042] Weijers 1996.

De Telegraaf gekarakteriseerd als 'de hel van Groningen'.[2043] Al eerder, in 1960, had de Minister van Justitie een adviescommissie ingesteld onder voorzitterschap van Van der Horst om zich over de doelmatigheid en legitimiteit van de TBR-maatregel te buigen. Nadat deze in 1967 had geadviseerd om de TBR-wetgeving te handhaven, maar deze wel enigszins aan te passen, kwam de regering in 1970 met de *Psychopatennota* om vervolgens twee jaar later een nieuw wetsontwerp bij de Tweede Kamer in te dienen. Pas in 1985 zou dit tot een nieuwe wet leiden.[2044] Ondertussen werd er geen duidelijke keus gemaakt tussen de TBR als strafrechtelijke maatregel ter beveiliging van de maatschappij of als een regeling die primair op behandeling was gericht. Dat de eerste overweging nog altijd zwaar woog, kwam tot uiting in het feit dat over een langere periode bezien TBR in maar vijftien procent van de gevallen gepaard ging met ontslag van rechtsvervolging; aan de rest werd ook een gevangenisstraf opgelegd.[2045]

[2043] Haffmans 1984, 47; Website Andere Tijden, *TBR* 2004: http://geschiedenis.vpro.nl/, geraadpleegd op 13-1-2004.
[2044] Hamers 1986, 241; zie verder paragraaf 4.4.6. De forensische psychiatrie.
[2045] Hamers 1986, 49; vergelijk Haffmans 1984, 30-32.

3.5. Geestelijke volksgezondheid tijdens oorlog, bezetting en bevrijding

3.5.1. *Oorlogspsychosen en -neurosen*

Nadta wij al eerder uitvoerig zijn ingegaan op de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog voor de inrichtingspsychiatrie, staat in deze paragraaf de invloed van de Tweede Wereldoorlog op het terrein van de geestelijke volksgezondheid centraal en zullen we ook aandacht schenken aan de ontwikkeling van de militaire psychiatrie. Onder artsen ontstond in de jaren dertig bezorgdheid over een mogelijke oorlog. Zo kwam in 1935 binnen de NMG een Commissie tot stand die zich bezighield met 'Oorlogs-Prophylaxis'. Vooral huisartsen en zenuwartsen waren hierin actief. De Haarlemse arts J. Roorda richtte zich samen met 350 medici en psychologen in een manifest tot de politiek om te waarschuwen tegen de 'oorlogspsychose', die de kans op een gewapend conflict verhoogde. 'Wij, psychiaters en psychologen, wier taak het is abnormaal en ziek geestesleven te doorgronden en de mensheid met onze wetenschap te dienen, voelen ons verplicht een ernstig woord tot U te spreken.' Koningin Wilhelmina betuigde haar adhesie.[2046]

Aan de vooravond van de Duitse bezetting schonken psychiaters aandacht aan de psychische gevolgen van oorlog. Zo organiseerde de NVPN een maand voor de Duitse inval een 'militair-psychiatrische dag', waarop enkele psychiaters, onder wie A.M. van Meerlo, Rümke en Carp, hun licht lieten schijnen over het vóórkomen van psychosen en neurosen onder militairen in tijden van oorlog. Zij neigden ertoe de dieperliggende oorzaak van deze stoornissen te zoeken in de al bestaande, tot pathologie neigende persoonlijkheidskenmerken. Op deze bijeenkomst discussieerden zenuwartsen over de vraag of dienstweigeraars op grond van hun vermeende psychopathische persoonlijkheidskenmerken in hun spreekkamer thuishoorden of dat medici zich op dit terrein terughoudend moesten opstellen en de beoordeling aan de rechter dienden over te laten.[2047]

De psychiater Stokvis, verbonden aan het experimenteel-psychologisch laboratorium van de Psychiatrische Kliniek van de Leidse universiteit, schonk aandacht aan de psychische uitwerking van oorlog op de burgerbevolking. In een artikel in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* over 'De reactie van den enkeling en van de massa in oorlogstijd' zette hij onder verwijzing naar de massapsychologie van G. Le Bon en K. Baschwitz uiteen dat individuen er in oorlogstijd toe neigden op te gaan in de massa, waarbij ze hun persoonlijke verantwoordelijkheid uit het oog verloren, hun driftleven de overhand kreeg en zij vatbaar werden voor suggestie. 'De menschen worden dan gelijk leden van een kudde' en daarvan waren volgens Stokvis alleen maar 'dwaze en ondoelmatige handelingen' te verwachten.[2048] Ook het jaarverslag over 1940 van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) maakte gewag van een mogelijke toename van levensmoeilijkheden en psychische klachten 'in dezen onzekeren en moeilijken tijd'.[2049]

Mede op basis van dergelijke verwachtingen was kort voor de Duitse inval in Amsterdam een begin gemaakt met de oprichting van een publieke psychotherapeutische

---

[2046] Molenaar 1994, 18; vergelijk Groeneveld 1931, 279-280.
[2047] Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1940, 221.
[2048] Stokvis 1940, 46-47.
[2049] De Goei 1990a, 386.

voorziening, waarvoor de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (NVPT) en met name Rümke en Bouman al eerder hadden gepleit. Onder invloed van de oorlogsdreiging wist Bouman in 1940 de steun te verwerven van de Amsterdamse GG en GD voor een Psychiatrische Hulpdienst voor minvermogende mensen die door oorlogsgeweld 'overstuur' zouden kunnen raken. Een van de eerste patiënten die zich in de eerste week bij de hulpdienst aanmeldden, zo wil de overlevering, zou geklaagd hebben over neerslachtigheid en angstgevoelens, omdat hij vreesde dat de Duitsers Nederland zouden binnenvallen. In zijn dossier was te lezen: 'patiënt lijdt aan paranoia: hij denkt dat de Duitsers komen'.[2050] Als onderdeel van deze hulpdienst richtte Bouman samen met zijn medewerker Van der Waals en de privaatdocent Van der Hoop ten tijde van de Duitse inval in 1940 het Instituut voor Medische Psychologie (later Psychotherapie; IMP) op. Hiermee kwam de eerste publieke voorziening voor psychotherapie tot stand. Dankzij subsidie van de gemeente en vanuit het Luchtbeschermingsfonds konden naast Van der Waals en Van der Hoop, die samen de leiding kregen, nog vier andere psychiaters in deeltijd aan het instituut verbonden worden. Voor mensen met levensmoeilijkheden hielden maatschappelijk werksters een apart spreekuur.[2051]

Naast het IMP kwam tijdens de oorlog nog een nieuwe voorziening op het gebied van de geestelijke volksgezondheid tot stand. Al in de jaren dertig bestonden diverse vormen van hulpverlening op het terrein van huwelijk en gezin, waarbij de meeste initiatieven uit confessionele kring afkomstig waren. Naast bestaande voorzieningen, die vooral op de gezondheid van moeder en kinderen waren gericht, zoals de kraam-, zuigelingen- en kleuterzorg en de wijkverpleging, ontstonden katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting en in protestants-christelijke kring de voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM).[2052] Het eerste BLGM kwam op initiatief van de psychiater en theoloog J. van der Spek in 1941 in Rotterdam tot stand. De spreekuren door artsen, predikanten, maatschappelijk werkers, juristen en pedagogen, die dit werk kosteloos verrichtten, waren in eerste instantie bedoeld om vrouwen van in Duitsland tewerkgestelde mannen bij te staan.[2053]

Een jaar eerder had de Gezondheidsraad de zogenaamde 'Commissie inzake den invloed van dezen tijden op de psyche' ingesteld om na te gaan wat er was te doen tegen de psychische ontreddering die de oorlog zou hebben meegebracht. Hoewel bleek dat het oorlogsgeweld in 1940 niet direct had geleid tot meer psychische stoornissen, pleitte de commissie voor de oprichting van consultatiebureaus om te voorkomen dat gezonde mensen onder druk van spanningen en onzekerheden hun geestelijk evenwicht verloren.[2054] Het commissielid Van der Spek, die in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een handleiding publiceerde voor de opzet van BLGM's, haalde niet alleen 'den drang der tijden' als oorzaak van levensmoeilijkheden naar voren, maar hij wees er ook op dat iedereen gedurende het leven de kans liep op beschadigingen van de

---

[2050] Deze anekdote deed in de naoorlogse jaren de ronde onder medewerkers van het Instituut voor Medische Psychotherapie, maar is niet meer aan de hand van een patiëntdossier te verifiëren. Van Lieshout en De Ridder 1991b, 31.
[2051] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 36-41; Van der Grinten 1987a, 73-74.
[2052] Van der Grinten 1987a, 70-72.
[2053] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 65.
[2054] De Goei 2001, 152.

persoonlijkheid.[2055] Op verzoek van de Gezondheidsraad schreven de voorzitter en de secretaris van de NFGV, C. van den Berg en E.C. Lekkerkerker, een rapport over de noodzaak van de nieuwe voorziening. Volgens hen waren ook in vredestijd zulke instellingen voor 'fijnere en intiemere moeilijkheden' en 'lichtere psychische stoornissen' hard nodig.[2056] In 1942 kwam in Den Haag vanuit het maatschappelijk werk en onder auspiciën van de Nederlandsche Vereeniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (NVGV) een tweede bureau, op humanistische grondslag, tot stand, waarbij behalve enkele predikanten en psychiaters ook een psycholoog, een jurist en de secretaris van de armenraad betrokken waren. Na de bevrijding kwamen er her en der in het land meer van deze voorzieningen.[2057] Hoewel de overheid zich aanvankelijk terughoudend opstelde en de hulpverlening aan in principe gezonde volwassenen niet financieel wilde ondersteunen, besloot de NFGV de BLGM's vanuit het Prophylaxefonds te subsidiëren met als eis dat daarin ook maatschappelijk werksters werden aangesteld.

In de praktijk bleek het mee te vallen met de psychische stoornissen als gevolg van de oorlog, zo valt op te maken uit een artikel dat in 1941 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* verscheen van de psychiaters J. Droogleever Fortuyn en W. Ploegsma, beiden werkzaam in de Psychiatrisch-Neurologische Kliniek van het Wilhelmina-Gasthuis. Het aantal militairen dat tijdens de oorlogsdagen met een psychose was opgenomen, was beperkt gebleven tot 25, waarbij het oorlogsgeweld wel de acute aanleiding, maar de eigenlijke oorzaak meestal een al bestaande neurose zou zijn. Ook het aantal patiënten uit de burgerbevolking dat onder invloed van de oorlog '[p]sychopathische, hysterische en andere neurotische reacties' vertoonde, was niet groot - Droogleever Fortuyn en Ploegsma bespraken 31 gevallen uit Amsterdam. Voor hen gold in nog sterkere mate dan voor de militairen dat ze vanwege hun labiele persoonlijkheid min of meer voorbeschikt waren om door de oorlog uit hun evenwicht te geraken.[2058] Toch bleef in psychiatrische kring bezorgdheid bestaan over de psychische gevolgen van de oorlog. Zo wees de naar Engeland gevluchte psychiater Van Meerloo, die hoofd werd van de psychologische afdeling van het Ministerie van Oorlog, in een reeks artikelen op de mogelijke psychische ontwrichting van militairen, vervolgden, gevangenen en dwangarbeiders. Ook Lekkerkerker verwachtte dat diverse slachtoffers psychologische hulp nodig zouden hebben.[2059]

Deels op basis van hun eigen ervaringen publiceerden de psychiaters A.J.W. Kaas, E. de Wind, J. Tas en A. van Dantzig direct na de oorlog over de mogelijke psychische nawerkingen van gevangenschap in concentratiekampen. Tas wees er op dat deze te vergelijken waren met de 'oorlogsneurose' van militairen die aan gevechtshandelingen hadden deelgenomen en hij pleitte voor psychotherapeutische hulpverlening.[2060] In een lezing voor de NVPN, die onder de titel 'De confrontatie met de dood' in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* verscheen, maakte De Wind gewag van traumatische ervaringen en ingrijpende persoonlijkheidsveranderingen onder de voormalige gevangenen als gevolg van hun

[2055] Van der Spek 1941.
[2056] De Goei 2001, 154.
[2057] Blauw 1954.
[2058] Droogleever Fortuyn en Ploegsma 1941, 399.
[2059] Mooij 2001.
[2060] Withuis 2002, 21-22.

pogingen om in extreme omstandigheden te overleven. Psychiatrische hulp was hierbij geboden.[2061] De kinderpsychiater A.J. de Leeuw-Aalbers, die evenals Lekkerkerker betrokken was bij de Commissie Oorlogspleegkinderen ten behoeve van joodse oorlogswezen, wees in het bijzonder op de mogelijke psychische oorlogsschade bij kinderen.

Terwijl Tas, De Wind en De Leeuw-Aalbers pleitten voor psychiatrische aandacht voor en hulpverlening aan oorlogsslachtoffers, betoogden andere psychiaters echter dat deze ook averechts konden uitwerken. In verband met de psychische moeilijkheden van verzetsmensen beweerden Rümke en A. Hutter, redacteur van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, dat te veel aandacht het ziektegevoel zou kunnen versterken. Als het om verzetslieden ging, zo stelde Rümke bovendien, onderscheidden niet allen zich door nobele motieven: de illegaliteit had ook mensen met psychopathische en criminele neigingen aangetrokken. In de Stichting 1940-1945, die voortkwam uit het verzet en die zeggenschap kreeg over de uitvoering van de Wet Buitengewoon Pensioen voor verzetsdeelnemers (1947), leefde eveneens de vrees dat zij door te veel aandacht voor hun problemen 'verwend' zouden raken. Daarbij werd verwezen naar mogelijke 'ziektewinst' en 'renteneurose', begrippen die in het buitenland eerder waren gebezigd in verband met de aanspraken van slachtoffers van bedrijfsongevallen die een 'traumatische neurose' hadden opgelopen en van veteranen uit de Eerste Wereldoorlog die leden aan oorlogstrauma's, zoals *shell shock*.[2062] Het ging om psychische en fysieke symptomen zonder duidelijk anatomisch substraat, waardoor de lijders niet in aanmerking kwamen voor verzekeringsuitkeringen. Het gebruik van het begrip renteneurose diende om deze uitsluiting te legitimeren: de klachten zouden op inbeelding berusten en zijn ingegeven door het streven om van ondersteuning te profiteren. In vergelijking met de moreel en politiek gekleurde discussies in met name Duitsland, namen Nederlandse artsen, onder wie de zenuwartsen G.W. Kastein, H. Grelinger en A.H. Fortanier, in het interbellum vrij genuanceerde standpunten in over deze kwestie. In het algemeen waren zij van mening dat traumatische neurosen vaak gebaseerd waren op een dieperliggende, al bestaande neurose. Hoewel zij simulatie niet uitsloten, kon er wel degelijk sprake zijn van echte ziekte en zou een objectieve medische en humane beoordeling op zijn plaats zijn.[2063] Op de naoorlogse behandeling van oorlogsslachtoffers lijkt deze benadering echter weinig invloed te hebben gehad. In de herstellingsoorden van de Stichting 1940-1945, die in 1949 al weer werden opgeheven, kregen psychische moeilijkheden weinig aandacht: de nadruk lag op lichamelijk herstel en maatschappelijke aanpassing.[2064]

De aandacht voor de psychische problemen van oorlogsslachtoffers en de noodzaak van psychiatrische behandeling raakten in de naoorlogse jaren al gauw overschaduwd door de bezorgdheid over het vermeende morele verval van de Nederlandse bevolking en de noodzaak om de wederopbouw ter hand te nemen. Lekkerkerker beweerde in 1955 dat de meeste oorlogsgetroffenen de draad weer hadden weten op te pakken en dat blijvende geestelijke schade zich alleen voordeed bij degenen

---

[2061] De Windt 1949. Het begrip trauma, dat oorspronkelijk verwees naar een fysieke verwonding, werd toen nog nauwelijks in de betekenis van psychische aandoening gebruikt.
[2062] Withuis 2002, 26-30.
[2063] Hermans en Schmidt 1996; vergelijk Killen 2006.
[2064] Mooij 2001, 265-266.

die onafhankelijk van de oorlog van zichzelf al minder weerbaar waren.[2065] Bastiaans, werkzaam bij het Wilhelminagasthuis in Amsterdam en directeur van het Psychoanalytisch Instituut, hanteerde in zijn psychoanalytisch getoonzette proefschrift *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet* (1957) een vergelijkbare redenering. Hij constateerde dat onder verzetsdeelnemers psychische stoornissen voorkwamen, maar hij wees daarbij behalve op de gebrekkige opvang direct na de oorlog ook op de al bestaande persoonlijkheidsstructuur, waarbij hij de ontwikkeling tijdens de jeugd een doorslaggevende betekenis toekende. Al eerder, in 1952, had de huisarts E.H. Cohen, zelf een overlevende van Auschwitz, een proefschrift gewijd aan de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van joden in de concentratiekampen, maar evenmin als andere medische publicaties over oorlogsslachtoffers in de jaren veertig en vijftig kreeg deze studie bekendheid onder het bredere publiek.[2066] Pas vanaf het midden van de jaren zestig zou met name de psychische schade die zij hadden opgelopen, publieke aandacht en erkenning krijgen.[2067]

Terwijl de psychiatrische aandacht voor de slachtoffers van de oorlog tot het eind van de jaren zestig beperkt en zonder gevolgen bleef, vormde de Tweede Wereldoorlog een belangrijke stimulans voor de militaire psychiatrie. In vergelijking met andere westerse landen die bij de Eerste Wereldoorlog betrokken waren geweest, kwam deze tak van psychiatrie in Nederland tamelijk laat tot ontwikkeling.[2068] Weliswaar werden vanaf de jaren twintig intelligentietests bij de keuring van dienstplichtigen en de selectie van officieren ingezet en pleitte een adviescommissie onder leiding van de pedagoog J. Waterink voor inschakeling van de psychotechniek om de selectie te verfijnen, maar voor de Tweede Wereldoorlog was geen sprake van psychiatrische zorg in het leger. Militairen met ernstige psychische stoornissen kwamen in reguliere inrichtingen terecht.[2069]

De mobilisatie in augustus 1939 gaf echter aanleiding tot de oprichting van het Centraal Orgaan voor de Militair Psychiatrische Dienst ten behoeve van de opvang van gemobiliseerde militairen met geestelijke problemen. Zowel in de psychiatrisch-neurologische kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht als in het Leidse sanatorium Rhijngeest en in de inrichting Oud-Rosenburg te Loosduinen werden aparte militair-psychiatrische afdelingen opgezet met in totaal bijna tweehonderd bedden. De afdeling in Utrecht was bedoeld voor de eerste opvang, observatie en behandeling van lichte klachten, vooral in verband met de veel voorkomende overspannenheid en ongerustheid onder dienstplichtigen. De 'evacuatiestations' in Leiden en Loosduinen waren ingericht voor langer durende verpleging en behandeling van patiënten met zwaardere psychische aandoeningen. In de negen maanden dat het Centraal Orgaan bestond, van september 1939 tot juni 1940, kwamen in totaal meer dan 1.500 gemobiliseerde mannen ermee in aanraking.[2070] In 1940 meldde Carp en de eveneens aan de Leidse universitaire kliniek verbonden Grelinger naar aanleiding van hun ervaringen in Leiden en Utrecht met militaire patiënten dat de meesten aan neurotische stoornissen leden en dat deze zich nauwelijks onderscheidden van de neurosen van burgerpatiënten. In tegenstelling tot de

---

[2065] Lekkerkerker 1955b, 175-176; vergelijk Kraus 1956, 211.
[2066] Withuis 2002, 31-35.
[2067] Zie verder 4.5.2. De moraal van openheid en bespreekbaarheid.
[2068] Grelinger 1938.
[2069] Floor 1980, 259; Barnhoorn 1946; Haas 1990, Wiersma 1987.
[2070] Wiersma 1987, 18; Rooijmans 1998, 68; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

frequente neurotische stoornissen, die zich onder invloed van de oorlogsomstandigheden bij verder geestelijk gezonde militairen konden voordoen, zouden de betrekkelijk zeldzame psychotische reacties, die bij 140 patiënten waren aangetroffen, wortelen in al bestaande, al dan niet latente geestesziekte. Psychotici moesten evenals zwakzinnigen uit het leger worden geweerd, terwijl de neurotici volgens Carp en Grelinger baat hadden bij een snelle behandeling door middel van directieve, pedagogische en suggestieve vormen van psychotherapie.[2071]

Tijdens de bezetting kreeg het Ministerie van Oorlog in Londen naar Engels voorbeeld een Psychologische Dienst om de psychologische selectie van de manschappen en de behandeling en preventie van oorlogsneurosen tot ontwikkeling te brengen. In 1943 werd Van Meerlo psychologisch adviseur op het Departement en in het jaar daarop hoofd van de Psychologische Dienst. De sociaal-democraat Van Meerlo was in het interbellum betrokken bij de vredesbeweging, maar doorliep in de jaren twintig als zenuwarts een militaire loopbaan. Tijdens de bezetting vluchtte hij naar Engeland. In Londen onderhield hij nauwe contacten met toonaangevende Britse militaire psychiaters en de psychoanalytische kring rond A. Freud en was hij lid van de Inter-Allied Psychological Study Group, die een sociaalpsychologische benadering van psychische problemen in het leger voorstond. Op basis van zijn kennis van de Engelse en Amerikaanse militaire psychiatrie sprak Van Meerlo zich uit voor de invoering van uitgebreid medisch en psychologisch onderzoek in het leger. De hantering van medische en psychologische maatstaven om de geschiktheid van militairen voor uiteenlopende functies en rangen te bepalen was volgens hem niet alleen in het belang van de slagkracht van het leger, maar een dergelijk wetenschappelijk selectie-instrument vormde ook een democratische legitimatie voor de hiërarchische verhoudingen daarin.[2072]

In 1945 kreeg J.A.J. Barnhoorn de leiding over de nieuw opgerichte Sectie voor Geestelijke Gezondheidszorg van de Inspectie Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht met als taak de legerpsychiatrie te organiseren. Evenals Querido maakte Barnhoorn een studiereis naar Groot-Brittannië om zich aldaar op de militaire psychiatrie te oriënteren.[2073] Psychotechnisch en psychiatrisch onderzoek bij dienstplichtigen en kandidaten voor de officiersopleiding achtte Barnhoorn van groot belang voor het moderne leger, waarin techniek en efficiëntie een steeds grotere rol speelden en er meer gespecialiseerde functies kwamen. Bovendien kon de sociale psychiatrie in de burgermaatschappij haar voordeel doen met dergelijk onderzoek: het verschafte inzicht in de geestelijke gesteldheid van een groot deel van de mannelijke bevolking, waardoor gerichte maatregelen ter voorkoming van psychische stoornissen mogelijk werden. Bovendien zou zulk onderzoek de beroepskeuze ten goede kunnen komen.[2074] Weliswaar nam het Nederlandse leger psychologische tests uit Engeland over, maar van de uitgebreide medisch-psychologische keuring die Barnhoorn voorstond, kwam niet veel terecht, vooral vanwege het ontbreken van voldoende tijd en gekwalificeerd personeel om

---

[2071] Grelinger 1939; Grelinger 1940, 156; Carp 1940; vergelijk Grelinger 1938; Carp 1939a.
[2072] Van Meerlo 1946; Haas 1990; zie ook Bossenbroek 2001, 80 e.v.
[2073] Barnhoorn 1946; Querido 1980, 184-186; De Goei 2001, 164. Querido's belangstelling voor de Engelse legerpsychiatrie was vooral ingegeven door de nieuwe, tijdens de oorlog beproefde sociaal-psychologische behandelingsmethoden, die ook van betekenis konden zijn voor de civiele sociale psychiatrie.
[2074] Het belang van de militaire psychiatrie voor de geestelijke volksgezondheid werd ook later door andere psychiaters benadrukt. Zie bijvoorbeeld Somers 1965, 82-83.

deze uit te voeren. Wel werd voor militairen die leden aan neurotische stoornissen, zoals eerder vermeld, in 1946 een Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz opgericht. Daarin kregen behalve arbeidstherapie ook nieuwe behandelmethoden als creatieve en sociotherapie en psychodrama toepassing. De onderliggende oorzaken van psychische en neurotische klachten werden eerder gezocht in het individu en het gezin, waarin de patiënt was opgegroeid, dan in de oorlogservaring. De geneesheer-directeur, W.L.S. Meyering, promoveerde in 1955 op een onderzoek naar *community psychotherapy* op basis van de principes van de therapeutische gemeenschap. De militaire leiding was niet erg te spreken over deze benadering, die te weinig resultaten zou afwerpen en bovendien gepaard zou gaan met een ondermijning van de discipline. In de tweede helft van de jaren vijftig werd de psychotherapeutische oriëntatie vervangen door een meer directieve en pedagogische aanpak en vervolgens ging het hospitaal in 1958 dicht.[2075]

Naast de behandeling van neurotische en psychische aandoeningen bij militairen, keuringen en personeelsselectie, raakten psychiaters ook betrokken bij de beoordeling van dienstweigeraars. In 1948 werd de zenuwarts L.A. Hanrath benoemd tot adviserend lid van de beoordelingscommissie inzake de Dienstweigeringswet en hij vervulde deze functie dertig jaar lang. Hij sprak met dienstweigeraars voordat ze voor de commissie verschenen en bracht daarover verslag uit. Op grond van die psychiatrische rapportages werd tussen vijftien en twintig procent van de dienstweigeraars alsnog afgekeurd of buitengewoon dienstplichtig verklaard.[2076] Daarnaast konden dienstweigeraars of hun advocaten ook een rapport laten opstellen door een zelf gekozen psychiater. H. Musaph genoot onder dienstweigeraars en de vredesbeweging een goede reputatie: zijn adviezen verhoogden de kans op afkeuring of buitengewone dienstplichtigheid. Op een bijeenkomst van de Algemene Nederlandse Vredes-Actie uit 1951 sprak Musaph onder de titel 'Geestelijke achtergronden van het anti-militarisme' over dienstweigeraars, waarbij hij zich kennelijk beriep op zijn eigen praktijk. Waar andere psychiaters ertoe neigden om bij dienstweigeraars psychische stoornissen te veronderstellen en hen daarom alsnog voor afkeuring in aanmerking te laten komen, stelde Musaph in zijn Freudiaanse analyse dat zij juist blijk gaven van een gerijpt gevoelsleven omdat zij zich niet wensten te onderwerpen aan 'een kinderlijk onderworpen liefde voor de autoriteiten'.[2077] Ook traden psychiaters op als getuige-deskundige in de Krijgsraad; ongeveer een derde van alle deserteurs en totaalweigeraars werd alsnog afgekeurd vanwege vermeende psychische afwijkingen.[2078] In 1954 verscheen in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* een artikel over militairen die tijdens de koloniale oorlog in Indonesië gedeserteerd waren. Volgens de auteur, J. Zuring, was zeventig procent van hen neurotisch dan wel psychopatisch. Volgens hem vertoonden deserteurs in dit opzicht weinig overeenkomsten met dienstweigeraars, die zich in sterkere mate door politieke overtuigingen lieten leiden.[2079]

3.5.2. *De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid tijdens en na de oorlog*

[2075] Bieger 1962, 219; Wiersma 1987, 22-23.
[2076] Wiersma 1987, 41.
[2077] Wiersma 1987, 63.
[2078] Wiersma 1987, 41.
[2079] Zuring 1954.

De oorlog beïnvloedde niet alleen de ontwikkeling van de militaire psychiatrie, maar bevorderde ook de expansie van de extramurale 'geestelijke gezondheidszorg'. Deze term, waarvan de betekenis niet duidelijk was omlijnd, werd vanaf het begin van de jaren veertig soms aangewend om het werkgebied aan te duiden van wat eerder (en daarna ook nog) geestelijke volksgezondheid, psychische hygiëne en sociale psychiatrie heette. F.S. Meijers liet in 1941 als een van de eersten de term geestelijke gezondheidszorg vallen, waarbij hij refereerde aan de psychische hygiëne en sociale psychiatrie. 'De psychiater ziet zijn bemoeiingen heden ten dage niet meer bepaald tot den geesteszieke, maar evenzeer tot den in zijn geestelijk welzijn bedreigde. Zijn arbeidsveld heeft een belangrijken socialen inslag gekregen en een geestelijke gezondheidszorg is zich allerwege bezig baan te breken.'[2080] In de tweede helft van de jaren veertig gebruikten behalve Meijers ook Lekkerkerker en Querido het begrip om te verwijzen naar de psychiatrische voor- en nazorg, de consultatiebureaus op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en andere psychohygiënische activiteiten.[2081] De term werd eind jaren veertig naast geestelijke volksgezondheid gangbaar. Zo was het nationale congres dat de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) in 1947 organiseerde, gewijd aan 'de geestelijke gezondheidszorg in deze tijd'. De door de NFGV uitgegeven *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* ging vanaf 1958 *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* heten en daarin had het begrip betrekking op zowel intra- als extramurale voorzieningen.[2082] Over de afbakening van het werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg was in de *Gids* te lezen dat zij 'tot een breed en diffuus begrip' geworden was, 'uitvloeiend over een welhaast onbegrensd terrein'. Zo bestonden er geen scherpe grenzen met de sociale en medische kleuter- en jeugdzorg, de schoolgeneeskundige diensten, de kinderhygiëne, de bijzondere gezinszorg, de diaconale zorg, het kerkelijk maatschappelijk werk en de zielszorg.[2083] Vanaf 1964 zoud dit werkgebied met de term ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) worden aangeduid.[2084]

Tijdens en direct na de oorlog ondernamen psychohygiënisten verschillende pogingen om tot een reorganisatie en een grotere eenheid van dit versnipperde terrein te komen. Mede onder invloed van de bezetting verdwenen de tegenstellingen die zich in de jaren dertig hadden voorgedaan tussen de Nederlandsche Vereeniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (NVGV) onder leiding van K.H. Bouman en de NFGV, waarin Lekkerkerker een prominente rol speelde, naar de achtergrond. In de bezettingsjaren speelde Lekkerkerker als secretaris van de NFGV een sleutelrol. De Federatie was weinig meer dan een orgaan om subsidies te verdelen tussen de diverse verenigingen en instellingen. Lekkerkerker streefde naar een daadkrachtiger organisatie en op haar initiatief kwam er in 1940 een nieuw bestuur onder voorzitterschap van de directeur-generaal Volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken, de econoom C. van den Berg. In 1942 nam een NSBer diens positie als directeur-generaal echter over en

---

[2080] Meijers 1941, 496.
[2081] Meijers 1947; Lekkerkerker 1947a; Querido 1949b.
[2082] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 125-216.
[2083] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 100-101. Querido zou in dit verband later opmerken: 'Geestelijke hygiëne is eigenlijk een wolk: hoe dichter je er bij komt, hoe vager hij wordt.' Heerma van Voss 1991, 795.
[2084] Van der Grinten 1987b.

dreigde het voorzitterschap van de NFGV in handen te komen van een Duitsgezinde arts. Om dit te voorkomen nam K.H. Bouman, die ook was toegetreden tot het bestuur, op aandringen van Lekkerkerker deze functie op zich. Samen met de psychiater Hutter namens de protestantse organisaties en de geestelijk adviseur van het katholieke Wit-Gele Kruis, A. Venings, formuleerden Lekkerkerker, Bouman en Van den Berg in een 'Kleine Commissie' en in samenspraak met enkele deskundigen en vertegenwoordigers van organisaties die bij de Federatie waren aangesloten, hervormingsvoorstellen. De NFGV zou de koepel moeten worden van alle landelijke organisaties, beroepsverenigingen en voorzieningen op het gebied van de krankzinnigenzorg en de geestelijke volksgezondheid en als zodanig de aangewezen organisatie zijn voor de centrale coördinatie, verdeling van financiële middelen en kwaliteitsbewaking. In de laatste oorlogswinter, toen vergaderingen onmogelijk waren geworden, werkte Lekkerkerker de plannen uit.[2085]

Mede dankzij de nauwe betrokkenheid van Van den Berg en de gedrevenheid van Lekkerkerker kon de Federatie zich direct na de oorlog opwerpen als belangrijkste psychohygiënische instantie en de rol van de vooroorlogse NVGV als centraal forum overnemen - de laatste vereniging stierf een stille dood. Vertegenwoordigers van de Federatie kregen zitting in adviescommissies en -raden van de overheid en op aanbeveling van Van den Berg vroeg de minister van Sociale Zaken, W. Drees, onder wiens beleidsterrein volksgezondheid viel, de NFGV in 1945 advies over de wijze waarop de geestelijke volksgezondheid viel te bevorderen. Op basis van het door Lekkerkerker opgestelde eindrapport van de 'Kleine Commissie' stelde de NFGV voor alle intra- en extramurale instellingen onder één koepel te brengen, een speciale inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid aan te stellen, de uit 1884 stammende Krankzinnigenwet te vervangen door een nieuwe wet op de geestelijke volksgezondheid, het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar dat van Sociale Zaken over te hevelen en een interdepartementale commissie voor de geestelijke volksgezondheid in te stellen om het beleid van de diverse Ministeries die bevoegdheid op dit terrein hadden, beter op elkaar af te stemmen.[2086] Verder drong de NFGV aan op een uitbreiding van de psychohygiënische voorzieningen voor kinderen en volwassenen met consultatiebureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en voor psychotherapie. Ook in het bedrijfsleven zou de zorg voor de geestelijke gezondheid meer aandacht verdienen.

Op verzoek van het Federatiebestuur deden de psychiaters Querido en J. Kat, voormalig geneesheer-directeur van de Joodse inrichting Het Apeldoornsche Bosch, voorstellen voor een nieuwe wet op de geestelijke volksgezondheid. Deze behelsden een pleidooi voor meer overheidsregie en -financiering - en derhalve een terugdringing van de verzuiling - alsmede een verbinding tussen de intramurale en extramurale zorg. Een regionaal georganiseerd consultatiebureau met verschillende vormen van hulpverlening - van psychiatrische voor- en nazorg tot de behandeling van moeilijke kinderen en volwassenen met levens- en gezinsmoeilijkheden - zou de kernvoorziening van de geestelijke gezondheidszorg moeten worden en dit diende nauw samen te werken met

---

[2085] De Goei 1990a.

[2086] Het ging om de Ministeries van Binnenlandse Zaken (krankzinnigenzorg), Sociale Zaken (geestelijke volksgezondheid, beroepsvoorlichting en arbeidsbemiddeling), Justitie (psychopatenzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor gevangenen en justitiële kinderbescherming) en Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen (BLO en sociale jeugdzorg).

psychiatrische inrichtingen en klinieken.[2087] Als voorstander van een 'integrale geneeskunde', die zich zowel op het lichaam als op psychische en sociale factoren richtte, ging Querido nog een stap verder: hij suggereerde om de psychiatrie en psychohygiëne te integreren in de algemene gezondheidszorg. Querido was in de jaren twintig assistent geweest bij de Amerikaanse fysioloog W. Cannon en had van hem de theorie van de 'sociale homeostase' overgenomen: zowel lichamelijke als geestelijke ziekten zouden in relatie tot de levensomgeving moeten worden begrepen.[2088]

Van deze plannen, die voornamelijk afkomstig waren uit neutrale, niet verzuilde kring en die aansloten op de naoorlogse doorbraakgedachte, kwam weinig terecht. De werkzaamheden van de in 1948 door het Ministerie van Sociale Zaken ingestelde Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die een zestal subcommissies instelde, verzandden. De subcommissies bogen zich respectievelijk over het ontwerp van een nieuwe Krankzinnigenwet, de deskundigheid die op medisch, psychologisch en sociaal gebied nodig werd geacht, de te nemen maatregelen ter morele verheffing van het Nederlandse volk, de psychohygiënische voorzieningen voor de jeugd, de preventieve en psychotherapeutische zorg voor volwassenen en de eugenetica. De meeste subcommissies kwamen pas in de tweede helft van de jaren vijftig met hun rapport en het duurde tot 1961 voordat de Reorganisatiecommissie haar eindrapport aan de regering kon aanbieden. De Minister voor Maatschappelijk Werk, M. Klompé, achtte de inhoud verouderd en vanwege haar bezwaren is het eindrapport nooit openbaar gemaakt.

Het enige dat werd bereikt was de aanstelling in 1946 van een aparte inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid bij de Geneeskundige Hoofdinspectie - de katholieke psychiater P.A.F. van der Spek was de eerste die deze functie bekleedde - en de overheveling een jaar later van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken. Mede vanwege de aparte financiering op basis van de Armenwet en de juridische regelgeving bleven beide Inspecties tot 1957, toen er één Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid kwam, gescheiden en kwam er vooralsnog geen eind aan de geïsoleerde positie van de krankzinnigenzorg.[2089] Zoals we eerder zagen, leefden tegen de Krankzinnigenwet van 1884 veel bezwaren, onder andere vanwege het stigma dat aan de omslachtige gerechtelijke procedures voor gedwongen opnamen kleefde en het gebrek aan toezicht op psychisch gestoorden die buiten een inrichting verbleven. Desondanks bleef de wet met enkele kleine aanpassingen gehandhaafd.

Meer ingrijpende hervormingsvoorstellen, zoals die van Kat en Querido, hadden geen kans van slagen. Opnieuw stonden de verzuiling en de uiteenlopende visies op de geestelijke gezondheidszorg de integratie tussen de diverse psychiatrische en psychohygiënische voorzieningen in de weg.[2090] De confessionelen, die ook in de NFGV

[2087] Van der Grinten 1987a, 130-170; De Goei 2001, 159-176.
[2088] Querido 1980, 270-276.
[2089] Onder de nieuwe Geneeskundige Inspectie, die in 1961 onderdeel werd van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, vielen de psychiatrische en zwakzinnigeninrichtingen, de Sociaal-Psychiatrische Diensten, de Consultatiebureaus voor Alcoholisme, de Medich-Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de BLO-nazorg. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 12.
[2090] Van der Grinten 1987a, 170; De Goei 2001, 167-176; De Goei 2007a.

vertegenwoordigd waren, keerden zich tegen de hervormingsvoorstellen, niet zozeer omdat zij de bundeling van verschillende werksoorten afwezen, maar omdat zij tegen een vergroting van de overheidsinvloed waren en vasthielden aan het primaat van het particuliere initiatief. Vooral voor katholieken bleef een verzuilde uitvoering van de gezondheidszorg vanwege de levensbeschouwelijke gevoeligheid noodzakelijk, ook al erkenden zij het belang van wetenschappelijke deskundigheid. Het idee dat het sociale milieu en de leefwereld van mensen van invloed waren op zowel het ontstaan als de genezing van psychische stoornissen sterkte hen in de overtuiging dat (geestelijke) gezondheidszorg niet neutraal kon zijn. De overheid diende zich niet bezig te houden met de uitvoering van de zorg en moest zich beperken tot het scheppen van gunstige voorwaarden door middel van wetgeving, toezicht, stimulering en financiële ondersteuning. Het confessionele verzet tegen de uitbreiding van de overheidsbemoeienis was succesvol. Hoewel de overheidssubsidies voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg gestaag toenamen en de regering daardoor bepaalde kwaliteitseisen kon stellen aan de hulpverleningsinstellingen, handhaafde het verzuilde bestel zich. Terwijl vertegenwoordigers van de verschillende zuilen op nationaal niveau met elkaar overlegden over de verdeling van subsidies, werd de zorg grotendeels gescheiden in het maatschappelijk middenveld aangeboden.[2091] De netwerken van de katholieke en in mindere mate de protestantse organisaties en voorzieningen zouden in de jaren 1950-1965 hun grootste omvang bereiken.[2092]

Ook onder de voorstanders van een doorbraak en meer overheidsinvloed, leefden bezwaren tegen voorstellen als die van Querido en Kat. Hun opzet om door middel van een verbinding met de geestelijke hygiëne een hervorming te bewerkstelligen van de krankzinnigenzorg stuitte op bedenkingen. Zo vreesde Lekkerkerker dat de participatie van voor- en nazorgdiensten voor psychiatrische patiënten in de door Querido en Kat voorgestelde consultatiebureaus het psychohygiënische werkterrein te veel zou belasten met het slechte imago van de krankzinnigen- en zwakzinnigenzorg onder het publiek. Net als voor de oorlog wilde zij als vertegenwoordiger van de MOB’s de hulpverlening aan moeilijke kinderen vrijhouden van elke associatie met geestesziekte en zwakzinnigheid. Meer in het algemeen bepleitte zij een scheiding tussen enerzijds de multidisciplinaire hulpverlening aan psychisch bedreigde en neurotische kinderen en volwassenen en anderzijds de medisch-psychiatrische zorg voor de zwaarder gestoorden, de 'geestelijk abnormalen'.[2093] Volgens Lekkerkerker moesten de consultatiebureaus voor moeilijke kinderen en die voor levens- en gezinsmoeilijkheden de kern van het psychohygiënische werkgebied vormen. De psychiatrische voor- en nazorg wilde zij op afstand houden, omdat het stigma van krankzinnigheid en zwakzinnigheid dat daaraan kleefde, de toeloop naar de consultatiebureaus zou kunnen belemmeren.

Aan de andere kant wilden vooral de inrichtingspsychiaters, die de steun hadden van de inspecteurs van het Staatstoezicht, de krankzinnigenzorg vrij houden van beïnvloeding vanuit de in hun ogen onmedische psychohygiënische consultatiebureaus, waarin naast psychiaters in toenemende mate ook andere beroepsgroepen gingen werken. Bovendien vreesden zij dat de uitbreiding van deze voorzieningen wel eens ten koste zou kunnen gaan van de inrichtingen, die te kampen hadden met materiële oorlogsschade,

---

[2091] Kerkhoff 1994, 65.
[2092] Zie 3.7.1. Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.
[2093] Van der Grinten 1987a, 160; De Goei 2001, 170.

ruimtegebrek, een tekort aan personeel en een overvloed aan chronische patiënten. Sociaal-psychiaters als Querido en Barnhoorn zagen ook in dat de belangen van de inrichtingspsychiatrie en de beweging voor geestelijke volksgezondheid zich moeilijk met elkaar lieten verenigen. Door de slechte omstandigheden in de krankzinnigenzorg, zo merkte Querido in zijn autobiografie op, was het voor psychiaters bepaald niet aantrekkelijk om in inrichtingen te werken:

> de belangstelling verschoof van de psychose naar de neurose, die, naarmate de therapeutische mogelijkheden groeiden, zich snel uitbreidden van de dwang- en angstverschijnselen naar ongelukkige huwelijksrelaties, seksuele problematiek, conflictsituaties in en buiten het gezin, kortom, een grazige weide van ongekende afmetingen; de vrijgevestigde psychiaters vermeerderden zich snel, gestichtspsychiaters waren niet te krijgen.[2094]

Zoals we eerder hebben gezien, trad in de wederopbouwperiode in relatief opzicht een aanmerkelijke daling op van het aantal zenuwartsen in de psychiatrische inrichtingen.[2095]

De tegenstelling tussen de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de inrichtingspsychiatrie bestendigde de sinds de jaren dertig bestaande kloof tussen de twee terreinen, waarbij de voor- en nazorg een ongemakkelijke en wat geïsoleerde tussenpositie innam. De extramurale geestelijke gezondheidszorg bewoog zich in de naoorlogse jaren met uitzondering van de voor- en nazorg op afstand van de inrichtingspsychiatrie verder in de richting die Lekkerkerker en haar geestverwanten al voor de oorlog waren ingeslagen.[2096]

3.5.3. *Geestelijke ontreddering en een nieuw zedelijkheidsoffensief*

Het mislukken van de hervormingsplannen stond een verdere uitbreiding en professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg en een groeiende financiële ondersteuning van de overheid niet in de weg. Door de grote verontrusting over de maatschappelijke ontwrichting en de vermeende morele verloedering als gevolg van bezetting en bevrijding kreeg de beweging voor geestelijke volksgezondheid na de Tweede Wereldoorlog de wind in de zeilen. Sterker dan voor 1940 vond het psychohygiënische gedachtegoed weerklank in de politiek en de maatschappij. Direct na de bevrijding kwalificeerden gezagsdragers, geestelijken, artsen, wetenschappers en andere opinieleiders van verschillende levensbeschouwelijke en politieke signatuur uiteenlopende vormen van wangedrag en normloosheid - van zwarte handel, gezagsondermijning, arbeidsschuwheid en jeugdige baldadigheid tot gezinsontwrichting, stijgende echtscheidingscijfers, grotere zelfstandigheid van vrouwen en seksuele losbandigheid - als ernstige bedreigingen voor de zedelijkheid alsmede voor de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk. Toen de katholieke jurist Pompe in 1945 'de zedelijke verwildering en tuchteloosheid' karakteriseerde als 'de kwaadste posten van den gehavende boedel' die de Duitsers hadden achtergelaten, vertolkte hij een gedachte die onder confessionele, liberale, sociaal-democratische en tot op zekere hoogte zelfs communistische kopstukken leefde.[2097] In het

---

[2094] Querido 1980, 169.
[2095] Zie 3.4.3. Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater.
[2096] De Goei 2001, 161-175; Abma en Weijers 2005, 125.
[2097] Westhoff 1996, 93; vergelijk Galesloot en Schrevel 1987.

Regeringsprogram van het KVP-PvdA kabinet onder leiding van de katholieke politicus L.J.M. Beel was sprake van de noodzaak om 'de geestelijke en zedelijke grondslagen van het volksleven' te versterken en in de troonrede van 1947 werden maatregelen aangekondigd tegen de onzedelijkheid. Onzedelijkheid had betrekking op diverse verschijnselen die voor de oorlog ook al aanleiding hadden gegeven tot een bezorgde toon. Er was sprake van 'massacultuur' en 'sociale ontbindingsverschijnselen', 'maatschappelijke verwildering' van de 'asphalt-jeugd' en het 'vrije-tijd probleem', de problemen van 'de grote stad', 'onmaatschappelijke gezinnen' en 'lichtvaardige echtscheiding'.[2098]

Vertegenwoordigers van de doorbraakbeweging, met name de Nederlandse Volksbeweging (1945) en de Stichting Nederlands Volksherstel (1945), speelden de hoofdrol in de lancering van een moreel réveil. Op basis van het personalistische ideaal van een harmonieuze maatschappijordening, die het evenwicht tussen individuele vrijheid en gemeenschapszin bewaarde, pleitten zij voor volksopvoeding ter bevordering van verantwoordelijkheidsbesef en nationale eendracht. Behalve een filosofische richting was het in Frankrijk ontwikkelde personalisme ook inspiratiebron voor een politieke en sociaal-culturele beweging, die stelling nam tegen het totalitarisme en die christelijke waarden en sociaal-democratische idealen overbrugde. Uitgangspunt was de wederkerige verantwoordelijkheid van individu en gemeenschap, waarmee zowel kapitalisme als communisme werden afgewezen en een balans werd gezocht tussen individualisme en collectivisme. Tijdens de oorlog had zich rond de vrijzinnig-protestantse politicus W. Schermerhorn en de socialistische predikant W. Banning een groep gevormd die het personalisme zag als basis voor een doorbraak in het verzuilde bestel en voor de morele en economische wederopbouw. Het program van de Nederlandse Volksbeweging behelsde ontplooiing van de 'persoonlijkheid', vernieuwing en bescherming van het gezinsleven, verheffing van de arbeid in een geordend sociaal-economisch bestel, versterking van de nationale gemeenschap en een sterke en besluitvaardige overheid.[2099]

Op basis van dergelijke ideeën kwam het tot toenadering tussen katholieken en sociaal-democraten. Katholieke politici, van wie enkele al in de jaren dertig hadden gepleit voor overheidsinterventie op sociaaleconomisch terrein, maakten op basis van corporatistisch ideeëngoed niet zo'n scherp onderscheid tussen staat en samenleving als protestanten en liberalen. Onder invloed van het personalisme benadrukten sociaal-democratische intellectuelen op hun beurt het belang van een evenwichtige verhouding tussen enerzijds staatsbemoeienis en anderzijds maatschappelijke initiatieven en individuele verantwoordelijkheid.[2100] Deze consensus was een van de redenen waarom het in de politiek kon komen tot rooms-rode coalities, die op basis van een gericht sociaal-economisch ordeningsbeleid streefden naar bestaanszekerheid voor de gehele bevolking en het fundament legden voor de opbouw van de verzorgingsstaat.[2101] Verder hadden doorbraakbeweging en personalisme, die voornamelijk aanhang vonden onder de intellectuele elite, weinig directe invloed op politiek gebied. De doorbraak mislukte en de zuilen deden zich opnieuw krachtig gelden: in organisatorische zin bereikten zij in de

[2098] Koenders 1996, 506; Van der Stel 1995, 273-274.
[2099] Van Ginkel 1999, 171-219.
[2100] De Vries 1996, 296; Bank 1984.
[2101] Van den Berg 2001, 39.

jaren vijftig hun hoogtepunt.[2102] Het personalistische gedachtegoed werkte echter op andere terreinen wel door: behalve in de geestelijke gezondheidszorg ook in de Nederlands Hervormde Kerk en de academische wereld, met name in de Utrechtse School.

De psychohygiënisten grepen de alom gevoelde noodzaak om de geestelijke ontreddering te bestrijden aan om hun streven te legitimeren. In haar advies aan de Minister van Sociale Zaken alsook ook in een rapport dat de leden in 1945 ontvingen, wees de NFGV op een groot aantal risicogroepen, die speciale aandacht behoefden: losgeslagen en verwaarloosde jongeren die tot onmaatschappelijkheid en criminaliteit neigden; joodse kinderen die hun ouders hadden verloren; terugkerende krijgs- en concentratiekampgevangenen, militairen en dwangarbeiders alsmede voormalige onderduikers, die uit hun normale doen waren geraakt; NSBers, collaborateurs en zwarthandelaren en hun gezinnen; echtelieden die door oorlogsomstandigheden gescheiden van elkaar hadden geleefd en van elkaar waren vervreemd en studenten die hun opleiding hadden moeten onderbreken. Het leven van al deze groepen was zo ontregeld geraakt dat zij ten prooi dreigden te vallen aan demoralisering en geestelijke stoornissen.[2103] Ten einde dit gevaar te keren, aldus Lekkerkerker, diende de geestelijke gezondheidszorg een breed, 'schier onafzienbaar' terrein te bestrijken: naast de 'urgente tijdsproblemen' in verband met de oorlog, behoorden gezin, opvoeding, onderwijs, arbeid, 'levensmoeilijkheden', onmaatschappelijkheid, de 'massa- en asfaltjeugd' en het grote aantal lijders aan neurosen ertoe.[2104] Allerlei kwesties die het terrein van de openbare orde en burgerschap dan wel de persoonlijke levenssfeer, ethiek en geloof raakten, stelden psychohygiënisten nog sterker dan in het interbellum in termen van geestelijke (on)gezondheid aan de orde. Maatschappelijke problemen zouden hun oorzaak grotendeels vinden in individuele tekortkomingen en slecht functionerende gezinnen.[2105] Het nationale congres over 'de geestelijke gezondheidszorg in deze tijd', dat de NFGV in 1947 organiseerde en dat prinses Juliana opende, was gewijd aan de vraag hoe deze kon bijdragen aan het herstel van Nederland.

Volgens de psychohygiënisten was de geestelijke ontwrichting niet uitsluitend aan de oorlog te wijten, maar had deze veeleer een dieperliggende en meer structurele problematiek aan het licht gebracht, namelijk een fundamenteel gebrek aan psychische spankracht onder grote delen van de bevolking. Doordat het vóór de oorlog ontbroken had aan voldoende psychohygiënische zorg, zo redeneerden zij, kreeg Nederland nu de rekening gepresenteerd. Een van de ernstige gevolgen was de verspreiding en woekering van de neurose. Het begrip neurose verwees in de naoorlogse periode naar een breed scala van psychische problemen, die zouden samenhangen met het onvermogen van mensen om levensmoeilijkheden het hoofd te bieden. Neurosen zouden in de hand worden gewerkt door gevoelens van ongerustheid, onzekerheid en angst als gevolg van ingrijpende maatschappelijke veranderingen. De neurose hield het midden tussen het normale en de psychose, ze konden iedereen in principe treffen en de omgeving zou een grote rol spelen in het ontstaan ervan.[2106] Op het Nationaal Congres van het Nederlandsch

---

[2102] De Rooy 2001, 221.
[2103] De Goei 2001, 156-157; Willemsen 2001, 63, 65.
[2104] Lekkerkerker 1947a, 12.
[2105] Zie bijvoorbeeld Buytendijk et al. 1949, 4, 6, 80; Fortmann et al. 1953; Buytendijk 1958, 49, 51.
[2106] Mol en Van Lieshout 1989, 97-106; Hutschemaekers 1990, 106-114; De Goei 2001, 156-159.

Congres voor Openbare Gezondheidsregeling in 1946 karakteriseerden Rümke en Querido de neurose als een ware volksziekte: de nadelige gevolgen ervan voor de gemeenschap zouden groter zijn dan de schade die tuberculose teweegbracht.[2107] Door het gebruik van gangbare medisch-biologische metaforen - de samenleving en het volk opgevat als lichaam, het gezin als orgaan, het individu als cel, sociale mistanden als ziekteverschijnselen en bepaalde probleemgroepen als infectiehaarden - kregen maatschappelijke verschijnselen betekenis in het licht van de geestelijke volksgezondheid.[2108]

Mede om strategische redenen schilderden de psychohygiënisten - soms tegen beter weten in - de geestelijke gezondheidstoestand van het Nederlandse volk in donkere tinten.[2109] Hun voorstellen tot een verbetering daarvan overlapten voor een groot deel met de doelstellingen van de (grotendeels confessionele) zedelijkheidsbeweging, waarin morele verheffing centraal stond. Met name een aantal protestantse voormannen van de beweging voor geestelijke volksgezondheid, zoals J. van der Spek, voorzitter van de Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, en de theoloog-ethicus G. Brillenburg Wurth, voorzitter van de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag, waren ook actief in organisaties als de Middernachtzending en het Nationaal Comité ter Bestrijding van de Zedeloosheid (voorheen Nationaal Comité tot Bestrijding van den Handel in Vrouwen en Kinderen). Sinds 1940 was de Amsterdamse jurist A. Bouman secretaris van deze twee organisaties en vanaf 1948 bestierde hij eveneens de Christelijke Vereniging Zedenopbouw. Deze spil van het protestantse zedelijkheidsoffensief zocht na de oorlog aansluiting bij de beweging voor geestelijke volksgezondheid en kreeg subsidie van het Prophylaxe Fonds. Onder leiding van de Amsterdamse hoogleraar in de psychiatrie Van der Horst, die ook betrokken was bij de zedelijkheidsbeweging, verdiepte hij zich in de psychiatrie en psychologie. Bouman wist Van der Horst en de psychiater en psychoanalyticus Van der Hoop te betrekken bij het door hem direct na de bevrijding opgerichte Comité Zedelijk Herstel Amsterdam. Tevens was hij de drijvende kracht achter de instelling van een Amsterdams 'Spreekuur voor Man en Vrouw' voor advies op relationeel en seksueel gebied, dat naar een voorbeeld in Rotterdam met kerkelijke steun werd uitgebouwd tot een protestants-christelijk Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.[2110]

Verder pleitte Bouman, evenals de katholieke sociaal-psychiater Barnhoorn, voor een 'psychische verdieping' van de bestrijding van geslachtsziekten en prostitutie. Aangezien de betrokkenen volgens hen vaak aan persoonlijkheidsstoornissen leden, zou dit tot het gebied van de geestelijke gezondheidszorg behoren.[2111] Een dergelijk psychologisch perspectief sloot een juridische en repressieve benadering niet uit. Namens het Nationaal Comité ter Bestrijding van de Zedeloosheid diende Bouman in 1946 een adres in bij het Ministerie van Justitie, waarin hij diverse maatregelen tegen de onzedelijkheid voorstelde, zoals de invoering van een avondklok voor de jeugd, castratie als gerechtelijke straf, verhoging van de wettelijke leeftijdsgrens voor seksueel verkeer en de strafbaarstelling van homoseksualiteit. Van de voorstellen kwam niets terecht, maar

---

[2107] Lekkerkerker 1947a, 12; De Goei 2001, 156-159.
[2108] Mol en Van Lieshout 1989, 91-92, 188-190.
[2109] De Goei 2001, 161.
[2110] Koenders 1996, 181, 229-230, 474-492, 508.
[2111] Mooij 1993, 154-157; Israëls en Mooij 2001, 145; Barnhoorn 1954.

zijn activiteiten leidden er wel toe dat Bouman lid werd van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het voorzitterschap kreeg toebedeeld van de Subcommissie inzake de te nemen maatregelen ter verheffing van het Nederlandse volk. Daarin was Boumans Nationaal Comité sterk vertegenwoordigd en zijn eerder ingediende adres diende als uitgangspunt voor de besprekingen.[2112]

Hoezeer zedelijkheid en geestelijke gezondheid over een kam werden geschoren, kwam bij uitstek naar voren in beschouwingen over seksuele losbandigheid, die met name confessionelen in het centrum van de aandacht plaatsten. 'De oorlog heeft op gewelddadige wijze sluimerende sexueele instincten wakker gemaakt en op drift geslagen. Als een roekeloze ijsbreker scheurde hij door het ijsvlak van onze sexueele moraal heen en nu kreunen de dijken onder het kruiende ijs', schreef A. Bouman in de eerste jaargang van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*.[2113] Van katholieke zijde werden de gevaren van vleselijke bekoringen, bioscoopbezoek, dansen, zonnebaden, luchtige zomerkleding en de zwemsport nog breder uitgemeten.[2114] In hun veroordeling van het Nationaal-Socialisme wezen de Nederlandse bisschoppen na de Tweede Wereldoorlog in het bijzonder op de zedeloosheid en het 'werelds genot' die erdoor bevorderd zouden zijn, terwijl huwelijk en gezin waren ondermijnd.[2115] Door echtscheiding en abortus op één hoop te gooien met racisme en jodenvervolging etaleerde het *R.K. Artsenblad* een soortgelijke visie.[2116]

Op de eerste jaarvergadering van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, de opvolger van de R.K. Charitatieve Vereeniging, stonden het gezin en de bedreigingen daarvan, met name het met 'gemak en genot' geassocieerde nieuw-malthusianisme, centraal.[2117] De nauwe samenwerking met de R.K. Artsenvereniging was hier niet vreemd aan. Haar voornaamste woordvoerder, W.B. Huddleston Slater, wijdde in 1946 in het *R.K. Artsenblad* een serie van acht artikelen aan de seksuele losbandigheid. De schrikbarende toename van voor- en buitenechtelijk geslachtsverkeer, prostitutie, geslachtsziekten en ongehuwd moederschap weet hij aan de verzwakking van de 'geestelijke weerstand der bevolking', waarvoor hij behalve de niets ontziende nazi's, ook de 'materialistische' Canadese bevrijders en de nieuw-malthusiaanse en socialistische 'propagandisten' voor seksuele hervorming verantwoordelijk stelde. Als gevolg van frequent buitenechtelijk geslachtsverkeer, waardoor 'abnormale physiologisch-psychische associaties' ontstonden, dreigde een groot aantal vrouwen volgens hem blijvend ongeschikt voor het huwelijk en het moederschap te worden.[2118] Huddleston Slater zag de seksuele ontsporingen duidelijk als een geestelijk gezondheidsprobleem, zij het dat de medische en psychische kwalen in zijn ogen een gevolg waren van moreel verderf. De ongerustheid over seksuele losbandigheid vormde in de katholieke wereld een belangrijke reden om voorzieningen voor de geestelijke volksgezondheid, zoals MOB's, op te richten.[2119]

Betogen waarin de betekenissen van zedelijkheid en geestelijke gezondheid naadloos in elkaar overliepen, waren niet beperkt tot confessionelen. Enkele maanden na de

---

[2112] Koenders 1996, 474-476, 478-481; 492, 503, 513-514; 562-563.
[2113] Bouman 1946, 98.
[2114] Van der Kroon 1965.
[2115] Westhoff 1996, 93-94.
[2116] Redactioneel *R.K Artsenblad* 1947, 41-42.
[2117] Buytendijk et al. 1949, 2, 57.
[2118] Huddleston Slater 1946, 18, 101.
[2119] Willemsen 2001, 84-85, 90-93; Willemsen 2004, 15-16.

bevrijding schreef K.H. Bouman, voorstander van een algemene, neutrale psychohygiëne, in het eerste nummer van het mededelingenblad van de NFGV dat 'een nooit tevoren gekende verwildering' en 'ontbinding' de geestelijke volksgezondheid ernstig hadden aangetast.

> De wervelstorm, die Nederland teisterde, heeft ontstellende ruïnes achtergelaten. Dit geldt niet alleen voor materieele dingen, maar zoo mogelijk nog meer voor geestelijke waarden. Een tevoren nooit gekende verwildering, waartoe men onze vaderlandsche geest niet in staat zou hebben geacht, is door deze gruwelijke en meedoogenlooze oorlog ontstaan. Er is bijkans geen gebied van het geestelijk leven, waarop de ontbinding niet duidelijk is aan te toonen. Wanneer er ooit een tijd is geweest, waarin men de geestelijke volksgezondheid ernstig in gevaar kon achten, dan is het wel zeker nu. Thans, nu de rookwolken van het slagveld gaandeweg optrekken en wij de verwoestingen in hun volle omvang kunnen gaan overzien, ontwaren wij, hoe deerlijk gehavend ons toch stellig goed gezonde geestesleven er op dit oogenblik uitziet. De fundamenten, waarop wij steunen, zijn losgeslagen en verzakt. Het gezin is gebroken en uit elkaar gerukt, de school is buiten functie gesteld, de arbeid is ontredderd, de omgangsvormen zijn verruwd, de moraal op ontstellende wijze gezakt, de misdaad heeft overal de kop opgestoken en toont openlijk, zonder schroom, het schaamtelooze gelaat. Kortom, het geestelijk leven in ons dierbaar vaderland is ernstig ziek en het is dringend noodig middelen te beramen de Geestelijke Volksgezondheid weer op peil te brengen.[2120]

In hetzelfde blad maakte Lekkerkerker gewag van 'demoralisatie van breede lagen van de bevolking, bij wie het begrip voor het mijn en dijn, de eerbied voor wet en Overheidsgezag in de oorlogsjaren zeer zijn verzwakt, en de overprikkelde agressie veelal nog onvoldoende constructieve uitingsvormen heeft gevonden.' Behalve het bieden van individuele hulp zou de geestelijke gezondheidszorg ook een belangrijke taak hebben in het streven naar 'volksherstel' door middel van 'de beïnvloeding van groote groepen van personen tot verheffing van hun moreel en geestelijk weerstandsvermogen.'[2121] Twee jaar later benadrukte ze nogmaals

> dat voor een belangrijk deel van de menschheid vaste normen op essentieele punten ontbreken. […] Zeker is, dat in onze huidige maatschappij de 'crisis der zekerheden', vooral ten aanzien van de normen en plichten op het gebied van huwelijks- en gezinsleven, een belangrijke factor vormt voor het ontstaan van menschelijke moeilijkheden.

Er kon geen twijfel bestaan over 'de noodzaak van gezaghebbende normen op dit, door zoo felle driften beheerschte en voor alle betrokkenen psychisch zoo belangrijke gebied'.[2122] De rode draad in de betogen over de malaise waaraan het Nederlandse volk ten prooi was gevallen, vormde de vaststelling dat de instincten de overhand dreigden te krijgen op de geestelijke en morele waarden, waardoor de gemeenschapszin gevaar liep.

[2120] Bouman 1945, 3; vergelijk Bouman 1946.
[2121] Lekkerkerker 1945b, 13.
[2122] Lekkerkerker 1947c, 8.

Al tijdens de oorlog had J. van der Spek als lid van de 'Commissie inzake den invloed van dezen tijden op de psyche' van de Gezondheidsraad betoogd dat de geestelijke volksgezondheid gevaar liep door

> het ongebreidelde toegeven aan allerlei elementaire driften, niet onder de macht gebracht eener redelijke bezinning, en zonder dat de betrokkene let op de stem van het geweten […] De zucht naar roesbelevingen, - roes in allerlei vormen te nemen -, de vlucht voor de verantwoordelijkheid […] Het zijn alle evenzoveel aanleidingen, dat de eischen der G[eestelijke]V[olksgezondheid] worden overtreden.[2123]

Ook de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid bij de Geneeskundige Hoofdinspectie, P.A.F. van der Spek, wees persoonlijke ontplooiing naar eigen goeddunken resoluut af. 'Een sociaal aangepast mensch weet offers te brengen aan de gemeenschap door beperking van zijn individueele eischen. Schiet hij tekort, dan is hij in de meeste gevallen […] in gelijke mate asociaal of onmaatschappelijk.'[2124]

Dat een dergelijke verontrusting in geen verhouding stond tot het daadwerkelijke gedrag van de meeste Nederlanders bleef onderbelicht. Het aantal echtscheidingen, gemengde huwelijken - daar maakten katholieken zich bijzonder bezorgd over - geslachtsziekten en buitenechtelijke geboorten nam, na een stijging direct na de bevrijding, eind jaren veertig af, om begin jaren vijftig grotendeels het vooroorlogse peil te bereiken. De aanhoudende bezorgdheid over de losgeslagen jeugd kreeg geen bevestiging in sociologisch onderzoek naar de opvattingen van jongeren over huwelijk en seksualiteit.[2125] Het opgeklopte belang van geestelijk herstel vond zijn voedingsbodem vooral in de gevoelde noodzaak om eendrachtig aan de wederopbouw te werken en de zuilen te restaureren. Het zedelijkheidsoffensief vertoonde een sterke neiging om politieke en sociale problemen in morele termen te vertalen en stond in dienst van het streven naar consensus, arbeidsrust en maatschappelijke stabiliteit. In dit klimaat van 'tucht en ascese' hoefden mensen die aan hun eigen ingevingen toegaven, niet op begrip te rekenen.[2126]

Het gehamer op gemeenschapszin diende, net als voor de oorlog, mede om inhoud te geven aan verantwoordelijk burgerschap in een democratische massasamenleving, die nu in het bijzonder weerbaar zou moeten zijn tegen een mogelijk herlevend fascisme en een oprukkend communisme. Mensen hadden weliswaar het recht om zich in vrijheid te ontplooien, maar deze diende duidelijke grenzen te kennen en een passende invulling te krijgen op basis van gemeenschappelijke geestelijke waarden. Dit was ook mede in het belang van de opbouw van de verzorgingsstaat. [2127] De ambtenaar A.A. van Rhijn, die tijdens de oorlog in Londen onder invloed van het Beveridge-rapport (1942) een plan uitwerkte voor de inrichting van de sociale zekerheid, benadrukte dat deze verantwoordelijkheidsbesef van burgers vereiste. Scherpe controle was nodig om

---

[2123] Van der Spek 1941, 226.
[2124] Van der Spek 1947, 12.
[2125] Kooy 1957, 144, 161; Kooy 1980, 42; Goudsblom 1959; Mooij 1993, 153; Engelen 1997.
[2126] De Liagre Böhl 1987; Blom 1981; Blom 1996, 232; De Rooy 2001, 218; Koenders 1996, 484-490.
[2127] De Vries 1996, 295; Schuyt en Taverne 2000, 289.

profiteurs de pas af te snijden: 'Van heel veel belang', aldus Van Rhijn, 'is ook zedelijke volksopvoeding om deze categorie tot een andere houding te bewegen.'[2128]

De grondlegger van de sociale psychiatrie, Meijers, sloot hierbij aan toen hij waarschuwde voor de 'degenereerende invloed' van sociale steunvoorzieningen, die 'een parasitaire en egoïstische levensinstelling' bevorderden: 'Zij maken een broeikas-mensch, die meent slechts in een bijzondere voor hem geschikte omgeving zijn leven te kunnen doorbrengen.' De sociale psychiatrie diende bij te dragen aan 'een sociale opvoeding of heropvoeding' tot 'een sociaal verantwoordelijkheidsgevoel en een gemeenschapsgevoel', waarbij duidelijkheid omtrent 'de veelal verdoezelde grenzen tusschen menschelijke rechten en plichten' voorop stond. Iedereen moest door 'regelmatigen arbeid' bijdragen aan het herstel van een zodanig niveau van economische welvaart dat 'levensnormen van moreele waarde zich kunnen ontwikkelen.'[2129] De overheid kreeg oog voor de bijdrage die de geestelijke gezondheidszorg zou kunnen leveren aan de versterking van het sociaal verantwoordelijkheidsbesef. In Amsterdam nam het gemeentebestuur in dit verband concrete maatregelen om mogelijk misbruik van sociale voorzieningen te beteugelen. Zo kreeg de Gemeentelijke Dienst voor Sociale Zaken tot taak om 'het geestelijke en morele peil' van werklozen te bevorderen, waartoe hij cursussen aanbood. Werklozen konden bijvoorbeeld een cursus over 'De mens en zijn moeilijkheden' volgen, waarin zij zich onder leiding van een psycholoog verdiepten in 'zielkundige en wijsgerige aangelegenheden'.[2130]

[2128] De Haan 1993, 92.
[2129] Meijers 1947, 68-69.
[2130] Kaan 1947, 50-51.

3.6. Geestelijke volksgezondheid in de lange jaren vijftig

3.6.1. *Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme*

Niet alleen in de eerste jaren na de bevrijding, maar tijdens de gehele wederopbouwperiode werd het psychohygiënische gedachtegoed gevoed door de maatschappelijke ontwikkelingen, of beter gesteld, door de wijze waarop de vertolkers ervan deze interpreteerden. Toen de morele paniek over de ontwrichtende gevolgen van de oorlog rond 1950 was weggeëbd, ging hun aandacht vooral uit naar de mogelijk schadelijke effecten van de economische en sociale modernisering. Nederland kwam vernield en verarmd uit de Tweede Wereldoorlog, maar de jaren vijftig lieten een ongekende economische dynamiek zien met groot vertrouwen in wetenschap en techniek en een sterke oriëntatie op gerationaliseerde, vaak uit Amerika geïmporteerde organisatie- en productiewijzen. Tijdens de wederopbouw gold het primaat van de economie: de vergroting van de werkgelegenheid door middel van industrialisatie stond voorop. Economie, techniek en wetenschap waren minder dan culturele waarden en sociale ordening onderhevig aan de ideologische tegenstellingen van de verzuiling. Juist op deze terreinen konden een rationele en professionele aanpak de consensus bevorderen met betrekking tot de noodzaak om met behulp van wetenschappelijke deskundigheid min of meer planmatig in de maatschappij in te grijpen.[2131] Van de door sommige PvdA-politici nagestreefde centraal gestuurde economische planning door de overheid kwam overigens weinig terecht: de samenwerking met de KVP en de invloed van de diverse belangengroepen dwong tot een evenwicht tussen vrije markt en overheidsregulering. De nieuwe instellingen voor het economisch beleid, zoals de Stichting van de Arbeid (1945) en de Sociaal-Economische Raad (1950), waren geen plannings- maar overlegorganen, waarin werkgevers, werknemers en de regering naar consensus streefden. Door middel van de beheersing van lonen en prijzen, belastingpolitiek en sociale voorzieningen werd de vrije markt deels aan banden gelegd.[2132]

De snelle en grootschalige industrialisering, voortgaande urbanisatie en vernieuwing van de infrastructuur gaven Nederland een nieuw gezicht en vonden hun weerslag in de maatschappelijke verhoudingen en het dagelijks leven. De samenstelling van de beroepsbevolking veranderde ingrijpend: de agrarische sector kromp in een snel tempo verder in ten gunste van industrie, handel, transport, het verzekerings- en bankwezen en andere vormen van dienstverlening.[2133] De gestaag toenemende welvaart en het gerichte ordenings- en verdeelbeleid van de rijksoverheid, die op sociaal-economisch terrein veel actiever optrad dan voorheen, vergrootten de materiële zekerheid. Deze werd gewaarborgd door sociale wetten zoals de Noodwet Drees (1947) en de Algemene Ouderdomswet (AOW, 1957) voor ouderen, de verplichte verzekering tegen werkloosheid (1956), de Algemene Kinderbijslagwet (1962) en de Bijstandswet (1965). Door de groeiende ruimtelijke en sociale mobiliteit konden veel mensen zich gemakkelijker dan voorheen onttrekken aan de kleinschalige lokale sociale verbanden en de nauw ingekaderde levenswijzen die tot dan toe het bestaan van velen hadden bepaald.

[2131] Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 101-104; Vegchel 1995a, 66, 280; Schuyt en Taverne 2000, 54; Schuyt 2001, 33; Alberts 2001, 252; Somsen 2001a; Somsen 2001b; De Rooy 2001, 281.
[2132] Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 22, 42-43; Schuyt en Taverne 2000, 52.
[2133] Knippenberg en De Pater 1990, 128-130; Smits 1999.

Sociaal-economische verschillen, standsonderscheid en andere hiërarchische verhoudingen, zoals die tussen de seksen en tussen oud en jong, begonnen aan scherpte te verliezen en steeds meer mensen gingen tot de middenklasse behoren.[2134] Zo kwam er in de jaren 1956 en 1957 een eind aan de juridische handelingsonbekwaamheid van gehuwde vrouwen en het wettelijk verbod voor hen om in overheidsdienst te werken.

De uitbreiding van het gemotoriseerde verkeer, de groeiende deelname aan het (hoger) onderwijs, de opkomst van een onafhankelijke jeugdcultuur, de internationale culturele oriëntatie - vooral onder jongeren gericht op Amerika - en de opkomst van nieuwe media als de televisie verbreedden het blikveld van veel Nederlanders. Ondanks de verzuiling, die in de jaren vijftig in organisatorisch opzicht het hoogtepunt bereikte, gingen verschillende bevolkingsgroepen in hun levenswijze en mentaliteit steeds meer op elkaar lijken, vooral dankzij de door de markt en de massamedia verspreide populaire cultuur. De zuilen kwamen ook van binnenuit onder druk te staan vanwege de groeiende onafhankelijkheid en mondigheid van wetenschappelijk en professioneel onderlegde deskundigen, die voor interne verdeeldheid zorgden en tegelijkertijd juist dankzij de hechte verzuilde netwerken en de met de achterban gedeelde levensbeschouwing hun nieuwe ideeën snel konden verspreiden: de zogenaamde omgekeerde zuilwerking.[2135] Al deze ontwikkelingen ondermijnden traditionele normen en gezagsverhoudingen alsook de sterk met de verzuiling verbonden bevoogding en sociale controle. Het dagelijks leven van Nederlanders kwam steeds meer op gespannen voet te staan met de vigerende burgerlijke en christelijke moraal met haar strak omlijnde ge- en verboden.[2136]

In de opvattingen die psychohygiënisten over deze ontwikkelingen ventileerden, klonk in de jaren vijftig, evenals voor de oorlog, een breder levend, zowel humanistisch als christelijk gekleurd cultuurpessimisme door. Zijn kern was onveranderd: de maatschappelijke, geestelijke en morele ontplooiing van de mens zou geen gelijke tred houden met of zelfs schade ondervinden van de technologische en economische vooruitgang.[2137] Volgens intellectuelen van diverse pluimage leidde de sociaal-economische modernisering ertoe dat de samenleving steeds sterker werd beheerst door een eenzijdige, instrumentele rationaliteit, waardoor zedelijke en geestelijke beginselen als bron van zingeving in het gedrang kwamen en sociale ontworteling dreigde. Hun kritiek spitste zich toe op de zogenaamde massamens, de personificatie van alle kwalen waarmee de moderniteit vergezeld zou gaan. De massamens was eenzaam en ontworteld, kende geen vaste normen en waarden en voelde geen binding meer met geloof, traditie en gemeenschap. Hij was nihilistisch ingesteld, liet zich leiden door de waan van de dag, door onbewuste drijfveren en emoties en toonde zich ongevoelig voor elke vorm van moreel gezag. Zijn innerlijke leegte bleek uit zijn vlucht in materiële consumptie, populair vermaak en lustbevrediging. *Revolutie der eenzamen*, luidde de titel van het boek waarin de cultuurhistoricus P.J. Bouman deze tendensen in 1953 voor een breed publiek uiteenzette. Typerend was de bezorgde toon waarmee de introductie van de televisie in 1951 gepaard ging. De Staatssecretaris van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, J.M.L.Th. Cals, opende de eerste televisieavond met een verwijzing naar

---

[2134] De Rooy 2001, 228-229.
[2135] Simons en Winkeler 1987; vergelijk Akkerman en Stuurman 1985; Van Strien 1993, 88-89.
[2136] Van der Kamp en Krijnen 1987; Rossem, Jonker en Kooijmans 1993; Luykx en Slot 1997; Schuyt en Taverne 2000.
[2137] Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 25; De Vries 1996; Van Ginkel 1999, 207-236.

de gevaren van het nieuwe medium: 'Na de massa-arbeid is het de massa-recreatie die de menselijke persoonlijkheid belaagt […], die elke eigen inspanning op geestelijk en cultureel gebied, dreigt te doen plaatsmaken voor passiviteit en grauwe vervlakking.'[2138]

De stuurloos ronddobberende massamens, zo betoogden de cultuurcritici, ondermijnde de maatschappelijke saamhorigheid, het democratische burgerschap en, zo voegden confessionele woordvoerders daaraan toe, het christelijke geloof. Naar aanleiding van de oprichting van een katholieke organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam schreef het hoofd van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, A.J.H. Bartels:

> Het is nu in deze van God en Kerk in steeds grotere mate vervreemde eerste stad van het land, dat jaarlijks duizenden jongens en meisjes, geestelijk reeds aangetast door de nivellerende werking van de asfaltcivilisatie, het arbeids-milieu binnentreden waar de in zijn godsdienst levende mens steeds zeldzamer wordt. Achter de gesignaleerde afval en de onkerkelijkheid schuilt zonder twijfel een diepe geestelijke nood. Onvermijdelijk is dat we ons deze nood bewust worden en er ons apostolisch mee gaan bemoeien [...] naast vele anderen ligt er wel een uitermate belangrijke taak voor het apostolaat der katholieke geestelijke gezondheidszorg, die zich geconfronteerd ziet met afnemende weerstand tegen neurosen tengevolge van het wegvallen van een religieus besef. [...] Een psychisch gezond leven is tevens van waarde voor een gezond religieus bestaan.[2139]

Het Nederlands Gesprekcentrum, waaraan vertegenwoordigers van zowel de humanistische als confessionele stromingen deelnamen, publiceerde in 1959 een beschouwing over geestelijke volksgezondheid waarin het cultuurpessimisme schril doorklonk. Veel mensen zouden niet beschikken over de geestelijke weerbaarheid om de versnelling van het levenstempo en de sociale desintegratie het hoofd te bieden. Zij gingen gebukt onder onzekerheid en angst, verloren zichzelf in oppervlakkigheid en conformisme, en leefden 'stuurloos en kompasloos'. Als gevolg van de 'vermaterialisering in het leven', morele 'vervlakking' en de teloorgang van 'door cultuurpatroon en zedelijkheid ingegeven tradities en gebruiken' zouden het 'zedelijk nihilisme' en 'het moderne fatalisme' terrein winnen. 'Het niet willen leven van een collectiviteit in een overtuiging is een vorm van gestoordheid', zo stelde de commissie voor geestelijke volksgezondheid van het Nederlands Gesprekcentrum. 'Het nihilisme is een vorm van collectieve verdringing van geloof, religie, levensbeschouwelijke, politieke overtuiging. Men leeft in de 'es'-sfeer, d.w.z. men laat zijn handelingen en gedachten van buitenaf bepalen zonder zelf tot een critische beleving daarvan te komen.' Dit alles leidde tot een *'verloren gaan van de mens als persoon*, d.w.z. als mens, die de roeping heeft te leven in vrijheid en verantwoordelijkheid met andere mensen'.[2140]

Toch waren er onder psychiaters ook relativerende geluiden te horen over de vermeende gevaren van de modernisering. De teloorgang van traditionele bindingen en waardestelsels stelde mensen weliswaar danig op de proef, zo betoogde Rümke

---

[2138] Righart 1995, 100.
[2139] Bartels 1953, 360; vergelijk Banning 1954.
[2140] Brillenburg Wurth et al. 1959, 11-13, 22, 24.

bijvoorbeeld, want meer en meer moesten zij op eigen kracht een zinvolle invulling geven aan hun leven, maar hij had er alle vertrouwen in dat de meesten hiertoe in staat waren. Juist in de oorlog was gebleken dat velen over grote psychische spankracht beschikten en de toenemende bekommernis met de geestelijke volksgezondheid was op zichzelf al een teken van regeneratievermogen. Het viel volgens Rümke ook wel mee met de materialistische instelling van de moderne mens. Waar anderen spraken van culturele vervlakking, daar zag hij eerder een hoopvolle democratisering en 'stijging van het beschavingsniveau'.[2141] Rond 1950 nam Rümke in redes aan de universiteiten van Utrecht en Amsterdam stelling tegen het gehamer op gemeenschapszin. 'Er is iets met sommige gemeenschapsmensen, dat mij niet aanstaat. Wat is toch de oorzaak van de robuuste opgewektheid, de flinkheid, de doortastendheid van sommige mensen met gemeenschapszin?' Zij gingen voorbij aan de individuele eigenheid en gaven wellicht blijk van 'een angst voor de vrijheid'. Een zekere 'anti-maatschappelijkheid' was volgens Rümke nodig ter bescherming van 'de persoonlijkheid'.

> De Duitsers hadden waarlijk geen tekort aan gemeenschapszin, zij hadden een tekort in de ontwikkeling tot weerstandskrachtige individuen. De weerstandskracht in de bezette landen ontsproot niet in de eerste plaats uit gemeenschapszin, maar uit de onbeïnvloedbaarheid van mensen met een krachtige individualiteit.[2142]

Verder relativeerde Rümke de cultuurkritiek door te benadrukken dat psychiaters en psychohygiënisten kinderen van hun tijd waren en zich niet met een metaperspectief konden verheffen boven de gangbare, maatschappelijk bepaalde mens- en wereldbeschouwingen - enige bescheidenheid en waakzaamheid ten aanzien van ideologische besmetting achtte hij daarom wel gepast.[2143]

De aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit verbonden psychiater P.Th. Hugenholtz, die in 1947 onder de titel 'Psychologische opmerkingen over den na-oorlogschen mensch' een voordracht hield voor oud-leerlingen van de School voor Maatschappelijk Werk, stelde vast dat de mentaliteit van mensen was veranderd als gevolg van 'het verlies aan zekerheden, dat ons allen overkomen is'. Dit verlies was onomkeerbaar, aldus Hugenholtz:

> het is […] duidelijk, dat de moderne mensch zijn vader en zijn moeder inderdaad heeft losgelaten, hun leven niet meer kan en wil imiteeren, en dat de wereld inmiddels een discontinuïteit vertoont, zooals wij allen die dagelijks beleven. Neen, terug naar de oude vormen kunnen wij nooit meer.

Ondanks de problemen die dit met zich meebracht, zag hij ook voordelen, want mensen waren gedwongen tot meer realiteitszin. De oude zekerheden waaraan velen zich hadden vastgeklampt, waren ook een teken van 'de zwakte van den mensch, een wenschproduct, een rekenen op het wonder, het verwachten van de heilstaat, die niet in deze wereld is en daarom misleidend. Er is maar één weg, en dat is bij het nu te beginnen en dit volledig te

---

[2141] Rümke 1951a, 18; vergelijk Van Belzen en Uleyn 1986, 113.
[2142] Rümke 1948, 306-308; vergelijk Rümke 1951b, 12.
[2143] Rümke 1951a.

aanvaarden met alle gegeven realiteit […]'[2144] In zijn oratie als buitengewoon hoogleraar in de fenomenologische psychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden gaf de psychiater J.H. van den Berg blijk van een vergelijkbaar standpunt. Weliswaar karakteriseerde hij de moderne samenleving vanwege de toenemende regelgeving, onoverzichtelijkheid, tijdsdruk, teloorgang van lokale bindingen en hoge eisen die aan mensen werden gesteld als neurotiserend, maar tegelijkertijd benadrukte hij dat heimwee naar het verleden hem vreemd was. Het was niet mogelijk en ook niet gewenst om de klok terug te draaien.[2145]

Ook de katholieke psychiater C.J.B.J. Trimbos, verbonden aan het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, stond ambivalent ten aanzien van moderniseringsverschijnselen. Enerzijds zong hij mee in het koor der cultuurpessimisten. De niet te ontkennen toename van de psychische nood hing volgens hem nauw samen met het wegvallen van 'de oude vertrouwde verbanden' en het gebrek aan culturele verankering waardoor 'de passieve massamens' vrij baan kreeg.[2146] Maar Trimbos wees er ook op dat juist de moderniteit met haar vooruitgangsoptimisme, vertrouwen in wetenschap en democratische ethos de middelen bood om de sociale en psychische werkelijkheid onbevangen onder ogen te zien en de malaise te keren. In dit verband stelde de psychiater J.J.C. Marlet dat de psychiatrie deel uitmaakte van 'de uitbloei en verrijking der menselijke mogelijkheden.' Immers, zo redeneerde hij, vroeger ging het louter om het materiële overleven.

> Vroeger werd men begraven voordat men door spanning en zorgen psychisch gestoord raakte; alles lag meer in de vitale sfeer. Nu, in een complexe getechnificeerde samenleving, waarin het materiële verzekerd lijkt en de Voorzienigheid in de beleving is teruggedrongen - nu staat de veronachtzaamde mens op het spel en is zijn psyche ontdekt. Deze onevenwichtige culturele opgang vordert een psychiatrie als ordenend en equilibrerend middel.[2147]

In het naoorlogse Nederland golden de veranderingen in het leefpatroon van mensen als gevolg van de industrialisering als een risico voor de maatschappelijke stabiliteit en samenhang, waarvoor tegenmaatregelen gewenst waren. Hoewel rationalisering als een van de hoofdoorzaken van de cultuurcrisis gold, bestond er een groot vertrouwen in de mogelijkheid om de samenleving met behulp van de sociale en menswetenschappen te beheersen en te sturen. Wetenschap bood niet alleen een efficiënt middel om dit te bewerkstelligen, maar zij zou ook waardebetrokken en als zodanig inhoudelijk richtinggevend moeten zijn. De remedie werd met name gezocht in een actieve cultuurpolitiek, zoals de Duitse socioloog K. Mannheim al voor de oorlog had bepleit. Mannheim betoogde dat de morele ontwikkeling voortdurend achterliep bij de technische en dat er daarom compensatie nodig was in de geestelijk-culturele sfeer. Volgens hem waren sociale planning en normatieve volksopvoeding onder leiding van elites nodig om te voorkomen dat de democratische massasamenleving ontaardde in anarchie of dictatuur. De Doorbraakbeweging omarmde dergelijke ideeën en zowel cultuursociologen, pedagogen en maatschappelijk werkers als psychohygiënisten zagen

---

[2144] Hugenholtz 1947, 32, 43-44.
[2145] Van den Berg 1955.
[2146] Trimbos 1959, 18-19; vergelijk Trimbos 1960.
[2147] Marlet 1962, 132.

een belangrijke taak voor zich weggelegd, waarbij zij op enige steun van de overheid konden rekenen.[2148]

Vooral bij het Ministerie van Maatschappelijk Werk, in 1952 opgericht om door middel van gerichte sociale planning het gevaar van desintegratie te keren, vonden sociale wetenschappers en psychohygiënische deskundigen een willig oor. Bij de indiening van de eerste begroting van het ministerie stelde de KVP-minister F.J.F.M. van Thiel dat de snelle veranderingen waardoor de samenleving steeds gecompliceerder werd, op vele gebieden voor aanpassingsmoeilijkheden zorgden. De taak van het nieuwe ministerie was om de problemen van de moderne tijd op te vangen. Bevolkingsgroepen die het overgangsstadium van een traditioneel agrarisch naar een modern industrieel levenspatroon doormaakten, verdienden bijzondere aandacht.[2149] Soortgelijke gedachten leefden op het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De Afdeling Preventieve Gezondheidszorg veronderstelde in 1961 dat de geestelijke volksgezondheid in de zogenaamde ontwikkelingsgebieden, plattelandsregio's waar de overheid de industrialisering trachtte te bevorderen, gevaar liep en bepleitte een intensivering van het werk van de sociale psychiatrie, consultatiebureaus voor alcoholisme en vooral Medisch-Opvoedkundige Bureaus.[2150] Tekenend was ook dat de regering tijdens de watersnoodramp in Zeeland Querido raadpleegde met de vraag welke maatregelen geëigend waren vanuit het oogpunt van de geestelijke volksgezondheid. Hij adviseerde om kinderen niet van hun ouders te scheiden en boeren niet naar steden te evacueren.[2151]

Al eerder, eind jaren veertig, waren met name zogenaamde onmaatschappelijke gezinnen en de 'massajeugd' doelwit geworden van door de overheid ondersteunde professionele aandacht en bemoeienis, waarbij de nadruk op opvoedkundige interventies lag. Voor de oorlog konden onmaatschappelijke gezinnen reeds op bijzondere aandacht vanuit het maatschappelijk werk en de sociale psychiatrie rekenen. Tijdens en na de Duitse bezetting werden ze onderworpen aan ingrijpende maatregelen.[2152] In 1941 kwam een studiecommissie van de NVGV naar aanleiding van een congres over het gezin met een rapport waarin zij een veelomvattende aanpak aanbeval. Querido had op dat congres voorgesteld om probleemgezinnen sociaal te isoleren, een idee dat in de bezettingsjaren werd verwerkelijkt. Na het Duitse bombardement op Rotterdam en de ontruiming van het kustgebied op last van de bezettingsautoriteiten zochten bestuurders naar een passende huisvesting voor 'asocialen' en 'zwak socialen'. Zij vonden die in de leegstaande werkkampen voor werklozen op het platteland in de noordelijke en oostelijke provincies. Na de oorlog pleitten ambtenaren, juristen, geestelijken, artsen en psychiaters voor handhaving van deze zogenaamde Rijksevacuatiekampen voor Oorlogsslachtoffers. Aparte woonbuurten in de eigen woonplaats, die vanaf de jaren twintig tot stand waren gekomen, voldeden naar hun mening niet voor ernstige gevallen van onmaatschappelijkheid: gezinnen die in het geheel geen orde en zedelijke normen kenden, die zichzelf niet konden redden en zich kenmerkten door vervuiling, verwaarloosde kinderen, werkschuwheid, crimineel gedrag en een parasitaire

---

[2148] Oldendorff 1953; Nieuwenhuize 1954; Winkels 1982; Gastelaars 1985; Gastelaars 1986; Jonker 1988; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 25; Kennedy 1995, 38; Somsen 2001b, 209.
[2149] De Haan en Duyvendak 2002, 27, 76-83.
[2150] Hueting 1989, 18-19; vergelijk Van Vegchel 1995a; Schuyt en Taverne 2000, 96.
[2151] Querido 1954.
[2152] De Regt 1984; Dercksen en Verplanke 1987; Van Wel 1988; Neij 1989.

levenshouding. Onmaatschappelijke gezinnen vormden 'infectie-haarden van moreel verval', zo viel in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* te lezen. De leden van deze gezinnen waren 'de parasieten en de bedrijvers van de kleine misdaad; als er een tekort aan werk is, zijn zij het eerst en het langst werkloos; is er een huizentekort - zij zijn zeker zonder dak […] is er distributie, dan zijn zij de soldaten van den zwarten handel.' Ze konden niet met geld omgaan, kenden geen beloften en dachten niet aan hun toekomst.[2153]

Door deze gezinnen uit de samenleving te verwijderen en ze in afgelegen kampen te isoleren, zo luidde de redenering, viel te voorkomen dat ze andere gezinnen in hun zedelijk verval meesleepten en konden ze een intensieve psychosociale begeleiding en heropvoeding ondergaan. Via de NFGV adviseerde een studiecommissie onder voorzitterschap van Querido de ministers van Binnenlandse Zaken en Sociale Zaken in 1951 om dwang niet uit te sluiten en de wettelijke mogelijkheid te scheppen om onmaatschappelijke gezinnen net als geestelijk gestoorden op deskundig advies en onder begeleiding van psychiaters, psychologen, pedagogen en maatschappelijk werkers onder toezicht te stellen en bijzonder lastige gezinsleden op te nemen in een inrichting.[2154] De psychiater D. Zuithoff, die als adviseur van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en later van het Ministerie van Maatschappelijk Werk zich als deskundige op dit terrein profileerde, onderschreef de noodzaak van dwangbehandelingen en isolatie in gezinsoorden.

Ondanks de jarenlange discussies over wetgeving die dwang mogelijk moest maken, kwam deze niet tot stand. De bepleite maatregelen bleken evenwel ook zonder juridische basis grotendeels realiseerbaar. Een aantal Rijksevacuatiekampen werd omgedoopt tot Gezinsoorden voor Maatschappelijk Onaangepaste Gezinnen en ze kwamen in 1952 onder het beheer van het nieuwe Ministerie van Maatschappelijk Werk te vallen. Ze waren niet alleen bedoeld om onmaatschappelijke gezinnen te behandelen, maar ook om onderzoek te verrichten - als experiment trokken ze veel nationale en internationale aandacht. Behalve maatschappelijk werksters en gezinsverzorgsters hielden psychiaters, psychologen, pedagogen en sociologen zich bezig met deze probleemgroep. Daarbij gaf een sociaalpsychiatrische benadering tot de jaren zestig de toon aan. Sociale kenmerken - armoede, werkloosheid, slechte huisvesting en gebrek aan opleiding - golden als symptomen van persoonlijke tekortkomingen, van psychopathologische kenmerken en psychische defecten. Niettegenstaande de hooggespannen verwachtingen leverde de inzet van al deze deskundigheid niet echt nieuwe inzichten op en onder druk van de groeiende kritiek vanuit de politiek en van sociale wetenschappers hief minister M. Klompé de gezinsoorden in 1959 op. De aparte woonwijken voor onmaatschappelijke gezinnen en de psychosociale en pedagogische bemoeienis ermee bleven langer bestaan. In de jaren zestig deden psychiaters en psychologen een stap terug en brachten sociologen en maatschappelijk werkers nieuwe gezichtspunten naar voren. Het begrip onmaatschappelijk maakte plaats voor 'kansarm', 'achterstand' en 'sociale deprivatie'. Daarmee verschoof de aandacht van de innerlijke gebreken van de gezinnen en de individuele leden ervan naar de maatschappelijke belemmeringen waarmee zij kampten en maakte isolering plaats voor het streven naar sociale integratie.[2155]

[2153] Querido, Diemers en Ariëns 1947, 25; Ferguson 1953.
[2154] Querido, Diemers en Ariëns 1947; Ferguson 1953.
[2155] Van Wel 1988.

De rigoureuze aanpak van onmaatschappelijkheid was uitzonderlijk in de Nederlandse verhoudingen, waarin voorstellen tot radicaal en dwangmatig ingrijpen in de praktijk vaker niet dan wel tot uitvoering kwamen. De verontrusting omtrent de losgeslagen jeugd was even groot als de bekommernis met onmaatschappelijke gezinnen, maar in rapporten over deze probleemgroep bleef het grotendeels bij zorgelijke diagnosen en waren ook andere geluiden te horen. Zo gaf het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen in 1948 aan zeven sociologische en pedagogische onderzoeksinstituten opdracht tot een grootschalig onderzoek naar de 'geestesgesteldheid van de massajeugd'. Dit resulteerde in twee lijvige rapporten: *Maatschappelijke verwildering der jeugd: rapport betreffende de geestesgesteldheid van de massajeugd* (1952) onder redactie van de Utrechtse pedagoog Langeveld en het door het katholieke Hoogveldinstituut onder leiding van de pedagoog en geestelijke N. Perquin uitgebrachte *Moderne jeugd op weg naar volwassenheid* (1953). In het eerste was te lezen dat het wegvallen van traditionele samenlevingsverbanden en zingevingskaders met name onder de ongeschoolde (arbeiders)jeugd had geleid tot verwildering en een crisis op het gebied van normen en waarden. Veel jongeren waren niet meer georganiseerd in een jeugdbeweging. Zij lieten zich in toenemende mate en vooral in hun vrije tijd meeslepen door vluchtige stemmingen en aandriften, waardoor het hun ontbrak aan levensperspectief en maatschappelijke betrokkenheid.

De katholieke onderzoekers probeerden meer begrip op te brengen voor de leefwereld en het gezichtspunt van jongeren, maar beide onderzoeken leidden tot een pleidooi voor een pedagogisch offensief. Traditie, dwang en klakkeloze aanpassing aan de heersende levensbeschouwelijke normenstelsels zouden echter geen goede leidraad meer bieden voor de opvoeding. Het doel van de opvoeding was persoonlijkheidsvorming op basis van 'volwassenheid' en 'zelfverantwoordelijke zelfbepaling'. Het individu zou op basis van bewuste keuze en innerlijke overtuiging zelfstandig tot een sociaal en moreel verantwoorde persoonlijke ontplooiing moeten komen. Hoewel de onderzoeken niet onomstreden waren - niet iedereen was ervan overtuigd dat de jeugd werkelijk aan verwildering ten prooi was gevallen - nam de overheid initiatieven om het sociaalpedagogische jeugdwerk te bevorderen. In 1955 stelde zij een Raad voor Jeugdzaken in en een jaar later vestigde het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen een afdeling voor Jeugdvorming en Volksontwikkeling. In datzelfde jaar vond in Amsterdam een grootschalig opgezet congres plaats over 'Jeugd 1955', waarop al een andere toon werd aangeslagen. De bezorgdheid over de verwildering en morele vervlakking van de jeugd maakte plaats voor het streven om de toegankelijkheid van het onderwijs te vergroten ter bestrijding van achterstanden en ongelijkheid.[2156] Al eerder had Zuithoff, die repressieve maatregelen ten aanzien van onmaatschappelijkheid niet schuwde, er al op gewezen dat de autoritaire en dwangmatige aanpak van de probleemjeugd verouderd was en alleen maar averechts werkte.[2157]

3.6.2. *Een nieuw psychohygiënisch élan*

Waar de aandacht van de cultuursociologen en maatschappelijk werkers zich vooral richtte op de vraag hoe de sociale samenhang viel te bewaren, daar legden de

[2156] Meijers en Du Bois-Reymond 1987; Van Gelder en Tillekens 1985; Bakker 1990; Te Poel en Miedema 1993.
[2157] Zuithoff 1954.

psychohygiënisten zich toe op de individuen en groepen die het niet konden bolwerken in de moderne samenleving en probeerden zij hun leven in goede banen te leiden.[2158] Aanvankelijk lag de nadruk daarbij op de vigerende zedelijkheidsnormen en de aanpassing van het individu aan de maatschappelijke orde, maar in de jaren vijftig verschoof het accent in de psychosociale hulpverlening steeds meer naar de persoonlijke belevingswereld en de innerlijke gezindheid. Deze verschuiving was deels ingegeven door buitenlandse invloeden. De World Federation of Mental Health, in 1948 op een internationaal congres in Londen opgericht, gaf de aanzet tot een nieuw élan. Centraal stond daarin de mogelijkheid om mens en maatschappij gericht te beïnvloeden. In zijn verslag schreef Querido, een van de Nederlandse deelnemers aan het congres:

> Er bestaat een absolute en volkomen wederzijdse afhankelijkheid tussen individueel menselijk zijn en maatschappelijke structuur. Beide zijn veranderbaar, de een zowel als de ander, en de een door de ander. […] Dat deze veranderingen nodig zijn, bewijst de dreiging van oorlog en ondergang, die op het ogenblik boven ons hangt.[2159]

Op het congres was de Nederlandse delegatie van tachtig personen de omvangrijkste na de Amerikaanse en Britse en haar inbreng was groot. Rümke werd gekozen tot voorzitter van de *Executive Board* van de World Federation. Het begrip *mental health* nam de plaats in van *mental hygiene* om aan te geven dat het niet alleen ging om het voorkómen, begeleiden, behandelen en genezen van stoornissen, maar ook om positieve geestelijke gezondheid, de bevordering van gezondheid en welzijn, van optimale ontplooiingskansen van alle burgers in fysiek, intellectueel en emotioneel opzicht.[2160] Als voorzitter van de NFGV (1952-1967) omschreef Querido geestelijke gezondheidszorg als 'het streven om de hoogst mogelijke ontwikkeling en de breedst mogelijke ontplooiing van het individu op geestelijk gebied te verkrijgen'. Evenals andere psychohygiënisten bepleitte hij integratie van de geestelijke hygiëne in de maatschappij, in het bijzonder in het gezin, de school, de kinderbescherming, de beroepskeuze, de arbeid, de kerk, het ziekenhuis, de universiteit en de sociale zekerheid. De geestelijke gezondheidszorg moest zich niet alleen met individuen op zichzelf, maar vooral ook met hun onderlinge relaties bezighouden.[2161]

Mede onder invloed van nieuwe inzichten die de geallieerden tijdens de oorlog hadden opgedaan met de preventieve psychiatrische behandeling van militairen ter instandhouding en verbetering van het moreel, waren hoge verwachtingen gewekt omtrent de mogelijkheden van de psychiatrie en de gedragswetenschappen om groepen mensen te beïnvloeden en te veranderen. Hierdoor kreeg het begrip geestelijke volksgezondheid een nog grotere reikwijdte dan voor de oorlog: opvoeding, onderwijs, godsdienst, ethiek, rechtspraak, arbeid, maatschappelijk werk, sociale zekerheid, huisvesting en zelfs oorlog en vrede en nationale en internationale politiek zouden tot het

---

[2158] De Goei 2001, 154, 194-197; vergelijk Somsen 2001b en Weijers 2001.
[2159] Querido 1948, 3551.
[2160] De Goei 2001, 164-167. In Nederland waren al sinds het midden van de jaren twintig beide termen, geestelijke (volks)gezondheid en geestelijke of psychische hygiëne, gangbaar.
[2161] Lekkerkerker 1954, 44; vergelijk Querido 1949b, 461; Buytendijk et al. 1949, 31; De Jongh 1950; Brillenburg Wurth et al. 1959, 10.

psychohygiënische werkterrein behoren. Volgens Lekkerkerker had de geestelijke gezondheidszorg een sociaalpsychologische taak in het voorkomen van oorlog.

> Wij hebben kennis gemaakt met ontzettende psychische krachten, met de, zelfs tot de vreeselijke consequenties van uitroeiïng van groote bevolkingsgroepen of massale zelfvernietiging leidende, factoren van agressie, rassenhaat, machtsstreven, gebondenheid aan een leider. Wat weten wij van de psychologische factoren, die deze massale reacties bepalen? Hoe kunnen wij ze beheerschen en in goede banen leiden?[2162]

De bevordering van de geestelijke volksgezondheid moest bijdragen tot versterking van het democratisch burgerschap en de realisering van een betere, vreedzame wereld. Door het moreel van de gehele maatschappij te bevorderen zouden totalitarisme en oorlogen in de toekomst te voorkomen zijn.[2163]

Net zoals het congres in Washington achttien jaar eerder was de internationale bijeenkomst in Londen een stimulans voor de Nederlandse psychohygiënisten. Met informerende, opiniërende, ondersteunende en adviserende activiteiten trachtte de NFGV een breed maatschappelijk draagvlak voor psychohygiënische maatregelingen en voorzieningen te vestigen. Vanaf 1946 gaf de Federatie het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* en vanaf 1949 de *Gidsen voor de geestelijke volksgezondheid* ofwel *geestelijke gezondheidszorg in Nederland* uit, die een overzicht boden van alle organisaties en hulpverleningsinstellingen die zij tot dit terrein rekende. Verder dienden een bibliotheek en een documentatie- en filmdienst om het nieuwe ideeëngoed te verbreiden. Het aantal leden groeide en met financiële steun van de overheid werden de werkzaamheden uitgebreid.[2164] Toch kreeg het alomvattende psychohygiënische streven naar preventie van stoornissen en optimalisering van de geestelijke volksgezondheid in de praktijk nauwelijks handen en voeten. In zijn redevoering ter gelegenheid van het 25-jarige jubileum van de NFGV in 1959 stelde Rümke dat de hoge verwachtingen op het congres in Londen in 1948 niet waren uitgekomen.[2165] De activiteiten concentreerden zich al gauw voornamelijk op de meer concrete hulpverlening aan mensen met psychische problemen. Maar ook hierbij speelden Angelsaksische invloeden een belangrijke rol. Naar Engels en Amerikaans voorbeeld verdrongen psychologische, gedragswetenschappelijke en sociologische benaderingen zowel de biologische en medisch-psychiatrische als de morele optiek. De psychohygiënisten gingen een dynamisch perspectief op de psychische ontwikkeling van mensen hanteren: daarin stond de sociaalpsychologische beïnvloedbaarheid en veranderbaarheid van mensen centraal.

De eugenetica, die in het interbellum weliswaar druk werd bediscussieerd, maar die nauwelijks had geleid tot concrete maatregelen, verdween na de oorlog naar de achtergrond, ook al raakte zij niet geheel in diskrediet door de nationaal-socialistische praktijken op dit terrein, waaraan in Duitsland ook en met name zwakzinnigen en

---

[2162] Lekkerkerker 1945b, 14; vergelijk Van Meerlo 1946, 417.
[2163] Mol en Van Lieshout 1987.
[2164] Heerma van Voss 1985a, 1293.
[2165] Rümke 1959. Ook Querido was vrij sceptisch over het idealisme van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Querido 1980, 187, 253.

psychiatrische patiënten ten prooi waren gevallen. Op het Nationale Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1947 kwam de eugenetica nauwelijks aan de orde. Wel was er in de eerste jaargangen van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* aandacht voor het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk en kende de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid een subcommissie voor eugenese, waarin de psychiaters J. van der Spek, P.A.F. van der Spek, Palies en Carp zitting hadden. Hoewel de commissie de eugenetica op zichzelf niet verwierp, was het rapport dat zij in 1954 uitbracht, uitermate terughoudend. Zij wees alle vormen van dwang met betrekking tot sterilisatie, segregatie en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk alsook systematische eugenetische voorlichting af en hield het bij een appèl op de individuele verantwoordelijkheid. Van een eugenetische beweging die zich op de volksgezondheid richtte, was na 1950 nauwelijks sprake meer. Voor zover artsen en erfelijkheidsdeskundigen zich bezighielden met het voorkómen van erfelijke afwijkingen en ziekten, ging het om medische hulpverlening op individueel niveau.[2166] In 1958 verscheen er naar aanleiding van een symposium nog een themanummer over eugenetica van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Hierin betoogde Palies dat een huwelijksverbod voor en isolering van 'ongunstig erfelijk belasten' niet effectief en ook niet wenselijk waren. Alleen sterilisatie, mits met instemming van de betrokkenen, was aanvaardbaar.[2167] In hetzelfde nummer stelde Lekkerkerker dat erfelijkheid niet allesbepalend was, maar invloed uitoefende in wisselwerking met het sociale milieu. Over de aard van die interactie bestond nog veel onduidelijkheid. In elk geval hadden eugenetische maatregelen volgens haar weinig zin en boden pedagogische, sociale en psychotherapeutische interventies veel meer perspectief.[2168]

Voor zover de biologische optiek voor de oorlog al invloed had gehad in de psychohygiënische beweging, moest deze wijken voor het inzicht dat niet erfelijke aanleg maar opvoeding en omgeving, vooral het gezinsmilieu, de belangrijkste factoren vormden in het ontstaan van psychische moeilijkheden en stoornissen. 'Het werd […] meer en meer duidelijk,' aldus Lekkerkerker, 'dat maatschappelijke noden voor een belangrijk deel psychologisch bepaald zijn en in even aanzienlijke mate langs psychologische weg gewijzigd moeten worden.'[2169] Deze optiek leidde er in de jaren vijftig ook toe dat moralistische oprispingen milder van toon werden en geleidelijk aan terrein verloren. Wat eind jaren veertig als zedeloosheid gold en om een moreel-pedagogische aanpak vroeg, werd in de jaren vijftig steeds meer in sociaalpsychologische termen verklaard. Psychische defecten en relationele moeilijkheden zouden de dieperliggende oorzaak van onzedelijkheid vormen. Behandeling en genezing moesten de plaats innemen van zedenpreken en bestraffing. Al in 1947 schreef Lekkerkerker in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat normen niet moesten worden afgeleid van 'dogmatische apriorismen', maar dienden aan te sluiten 'bij in de moderne menschen levende idealen, en met de sociale werkelijkheid en nieuwere psychologische inzichten'.[2170] Ook de psychiater S.P.J. Dercksen, die in Amsterdam leiding gaf aan de Hervormde Stichting

[2166] Noordman 1989, 141-142 en Noordman 1990, 1276-1277.
[2167] Palies 1958, 179.
[2168] Lekkerkerker 1958b, 203.
[2169] Lekkerkerker 1958a, 99.
[2170] Lekkerkerker 1947c, 8.

voor Geestelijke Volksgezondheid, stelde dat verantwoordelijkheidsgevoel niet met dwang was op te leggen:

> De weerstanden, die hiertegen bij de betrokkenen kunnen bestaan, moeten worden opgespoord en zo mogelijk tot verdwijnen gebracht. Dit kan niet door een autoritair dwingend advies omdat de weerstand innerlijk moet worden opgegeven. De psychologische wortels van de tegenstrevende gevoelens moeten blootgelegd worden om van binnen-uit overwonnen te kunnen worden. […] Dit alles vraagt subtiel psychologische arbeid.[2171]

Zelfs de zedenmeester A. Bouman ging begin jaren vijftig inzien dat repressieve maatregelen uit de tijd waren en dat de bevordering van individueel inzicht en eigen verantwoordelijkheid betere en duurzamere resultaten opleverde.[2172]

Nog sterker dan voorheen legde de NFGV nadruk op de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak door verschillende, onderling gelijkwaardige beroepsgroepen: psychiaters, psychologen, sociologen, pedagogen en psychiatrisch-sociaal werksters. Als gemeenschappelijke leidraad werd vooral het psychodynamische model, dat al langer in het MOB gangbaar was, toonaangevend. Het onderscheid tussen normaal en abnormaal, tussen ziek en gezond werd gerelativeerd en de aandacht ging in het bijzonder uit naar de invloed van de vroegere en de actuele intieme leefsfeer op het innerlijk van het individu.[2173] Dat betekende niet dat behandelaars de klassieke psychoanalytische therapie toepasten. Het psychoanalytische ideeëngoed diende naar Amerikaans voorbeeld als wetenschappelijk referentiekader om het belang van preventie van psychische stoornissen door middel van een goede opvoeding en gezonde gezinsverhoudingen te onderstrepen. De meest voorkomende behandelvorm in de ambulante geestelijke gezondheidszorg was eerder sociaal-agogisch dan psychotherapeutisch in enge zin en niet zozeer gericht op het individu op zichzelf als wel op de relatie tussen het individu en diens naaste sociale omgeving. Wel was het zo dat praten de kernactiviteit in de ambulante hulpverlening werd en dat de inhoud van wat patiënten te zeggen hadden een centrale plaats kreeg.[2174] Hun woorden golden als de symptomen aan de hand waarvan psychiaters en andere hulpverleners inzicht konden verkrijgen in de ontwikkelingsstoornissen en onbewuste conflicten die aan moeilijkheden ten grondslag lagen. Voordien gingen zij in de regel voorbij aan de inhoud van uitingen en richtte hun belangstelling zich vooral op de gegeven biologische en psychische eigenschappen van hun patiënten, zoals die waren ontstaan door de invloed van aanleg dan wel omgeving of het samenspel tussen deze twee. Gesprekstherapie aan de hand van uit Amerika geïmporteerde methoden als *counseling* en *social casework* werden in de loop van de jaren vijftig de geëigende behandelmethoden.

Terwijl de technieken vooral aan Amerikaanse voorbeelden waren ontleend, boden Europese intellectuele stromingen, naast de deels veramerikaniseerde psychoanalyse vooral de fenomenologie en het personalisme, een inhoudelijke onderbouwing voor de sociaalpsychologische oriëntatie. De fenomenologische psychologie, die aanhang vond

---

[2171] Dercksen 1956, 197.
[2172] Koenders 1996, 491-494.
[2173] Zie bijvoorbeeld Van der Waals 1948.
[2174] Van der Grinten 1987a, 210; Mol en Van Lieshout 1989, 184, 185, 206, 208.

onder zowel neutrale, protestantse als katholieke psychiaters en psychologen, verschafte hen naast de psychoanalyse een wetenschappelijke basis om afstand te nemen van de somatische oriëntatie in de medische psychiatrie en ook van de statische kerkelijke moraal. De fenomenologie leerde dat wat de mens als werkelijkheid ervoer geen objectief gegeven was, maar een product van interpretatie en betekenisgeving. Het psychisch functioneren van mensen was volgens deze redenering in hoge mate afhankelijk van het gezinsmilieu waarin ze waren opgegroeid en van hun emotionele verhouding tot de naaste omgeving. Veel psychische moeilijkheden waren het resultaat van gestoorde relaties, van 'een onvermogen tot persoonlijke overgave in de vorm van een liefdevolle ontmoeting', zoals het in het fenomenologische jargon heette.[2175] Interactiestoornissen waren niet los te zien van de sociale omgeving en in tegenstelling tot lichamelijk bepaalde, objectief waarneembare geestesziekten kon de hulpverlener ze slechts traceren als mensen er verbaal uiting aan gaven.

Een belangrijke intellectuele inspiratiebron voor de psychohygiënisten vormde het gedachtegoed van de Utrechtse School, dat al eerder in het kader van de universitaire psychiatrie aan de orde kwam. Op basis van een normatieve wetenschapsopvatting overschreden de aanhangers ervan de grenzen tussen vakgebieden en zuilen en probeerden zij de kloof tussen geloof en wetenschap en tussen (ondogmatisch) christendom en humanisme te overbruggen. Het gedachtegoed van de Utrechtse School, waarin het doorbraakideaal doorwerkte, vond instemming onder zowel confessionelen als humanisten, zoals naar voren kwam in de beschouwing over geestelijke volksgezondheid van het Nederlands Gesprekcentrum. De zorg voor geestelijke volksgezondheid zou niet zonder een bewuste keuze voor bepaalde waarden kunnen. Daarbij werd evenzeer afstand genomen van het morele kompas uit het verleden als van uit Amerika afkomstige vernieuwingen waarbij pragmatisme en individualisme de toon aangaven. Europese geesteswetenschappelijke en filosofische denkrichtingen als de hermeneutiek, de fenomenologie, de levensfilosofie en het existentialisme boden daarentegen een perspectief waarin zingeving centraal stond en een middenweg werd bewaard tussen individuele vrijheid en gebondenheid aan anderen. In deze visie was de mens voortdurend 'in ontmoeting' of 'in gesprek' met 'zijn medemens'. Daarbij waren zowel richtinggevende geestelijke, christelijke dan wel humanistische waarden als sociaal en politiek engagement onmisbaar. De beweging voor geestelijke volksgezondheid diende volgens het Nederlands Gesprekcentrum 'de voorwaarden te scheppen voor de burgerplicht zich politiek te organiseren en in de politieke organisatie een werkzaam aandeel te nemen'.[2176] Het was in het belang van de geestelijke volksgezondheid om de democratie levend te houden en te verdiepen, een rechtvaardige verdeling van de welvaart te bewerkstelligen en dictatuur en politiek nihilisme tegen te gaan.

De houding van de pychohygiënisten ten aanzien van de modernisering veranderde in de jaren vijftig. Enerzijds was die nog defensief. Om de uitwassen en kwalijke gevolgen, zoals de overweldigende invloed van natuurwetenschappen en techniek, te weerstaan zouden mensen hun innerlijke spankracht moeten vergroten door middel van een regeneratie van het geestelijke leven. Anderzijds leidde het inzicht dat de sociaaleconomische modernisering onafwendbaar was tot een nieuwe taakopvatting: ondersteuning van mensen die de snelle veranderingen niet konden bijbenen en het

[2175] Ter Meulen 1990, 45.
[2176] Brillenburg Wurth et al. 1959, 9, 28.

aankweken van de mentaliteit die nodig zou zijn om te kunnen functioneren in een maatschappij met een hoge mate aan ruimtelijke en sociale mobiliteit. Nieuwe omstandigheden vereisten een heroriëntatie op de bestaande normen en waarden. Mensen moesten de ruimte krijgen om zichzelf op verantwoorde wijze te ontplooien. De bevordering van flexibele aanpassing en eigen initiatief nam de plaats in van de krampachtige pogingen om zedelijkheid en gemeenschapszin te herstellen. Laverend tussen traditie en vernieuwing, tussen paternalisme en ontvoogding en tussen levensbeschouwelijke bezinning en wetenschappelijk inzicht gingen toonaangevende psychohygiënisten zich manifesteren als volksopvoeders die mensen rijp maakten voor de dynamiek van het moderne leven.[2177]

Deze benadering klonk duidelijk door in de opdracht die vooraanstaande katholieke psychohygiënisten zich stelden: de geloofsbeleving en de kerkelijke moraal met behulp van menswetenschappelijke inzichten aanpassen aan de veranderende maatschappelijke omstandigheden. Zij constateerden enerzijds dat veel katholieken wegens hun tekort aan vorming en flexibiliteit in psychologische zin niet voldeden aan de eisen van de moderne samenleving en anderzijds dat hun geloof vaak op niet meer dan opgelegde conventie en plicht berustte. Op een studiedag van het Centrum van Katholieke MOB's sprak Trimbos van 'de ongevormdheid, het primitief-onkundig zijn van zeer velen op belangrijke levensterreinen'.[2178] Zodra het beschermende milieu en de sociale controle wegvielen, aldus de voorzitter van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid Buytendijk, vielen katholieken ten prooi aan geestelijke nood en zedelijk verval. Dat was geen wonder, want door het ingebakken conformistische gedragspatroon ontbrak het hen aan innerlijke zelfstandigheid. Als oorzaak wees Buytendijk, daarin bijgevallen door de psycholoog en geestelijke H.M.M. Fortmann, op het door de clerus bevorderde autoritaire en patriarchale opvoedingspatroon in veel ogenschijnlijk brave en zedige katholieke gezinnen. Door de starre gezagsverhoudingen en het gemis aan affectie waren deze vaak broeinesten van neurosen, 'gewetensangsten', 'infantiele bindingen' en 'primitieve gedragswijzen'.[2179] Geestelijke gezondheid was niet gediend bij een rigide en dwangmatig opgedrongen moraal. Deze had niet alleen geleid tot een oppervlakkig moreel besef en vervreemding van het waarachtige geloof, maar ook tot een gebrek aan individuele verantwoordelijkheid. In het gezin dat aan Buytendijks normen van geestelijke gezondheid voldeed, bestond een minimum aan regels en beheersten de leden zich in hun onderlinge omgang uit zichzelf. Zo'n gezin vormde mensen die waren opgewassen tegen de dynamische industriële maatschappij. Teneinde een evenwicht te vinden tussen aanpassing aan veranderende sociale omstandigheden en handhaving van christelijke waarden, was meer 'volwassenheid' ofwel 'innerlijke vrijheid' van katholieken vereist. De psychische huishouding die Trimbos, Buytendijk, Fortmann en hun geestverwanten tot het fundament van geestelijke gezondheid verklaarden, was het tegendeel van impulsiviteit. Wat zij voorstonden was een van binnen uit gestuurde regulering, die externe dwang overbodig maakte en waardoor individuen op eigen kracht zin aan hun leven wisten te geven.[2180]

[2177] De Goei 2001, 177-185, 236-244; vergelijk Weijers 1991.
[2178] Trimbos 1958, 53.
[2179] Buytendijk 1952, 18-19; Buytendijk 1954, 39; Buytendijk 1958, 52; Fortmann 1955, 24.
[2180] Buytendijk 1958, 10; vergelijk Buytendijk 1950; Fortmann 1955, 20; De Lange 1957, 22; vergelijk Abma 1979 en Abma 1981/82; Pols 1988a; Ter Meulen 1988a.

Terwijl de kerkelijke moraal tot in de jaren veertig in katholieke kring gold als de basis voor geestelijke gezondheid, wezen Buytendijk en zijn geestverwanten op het belang van psychische hygiëne als voorwaarde voor de godsdienstige ontplooiing van de mens. Innerlijke vrijheid en individuele verantwoordelijkheid stonden centraal in de invulling die zij aan geestelijke gezondheid gaven. In de moraaltheologie golden deze eigenschappen vanouds als bovennatuurlijke, van God gegeven morele kwaliteiten die een goed christelijk leven garandeerden. In de psychohygiënische betogen daarentegen kregen ze een psychologische invulling. Het ging om persoonlijke kenmerken en vermogens als volwassenheid, evenwichtigheid, zelfinzicht en zelfregulering, die door middel van een goede opvoeding, warme gezinsverhoudingen of zonodig therapeutische hulp tot ontplooiing zouden komen. Terwijl de psychische huishouding vanuit kerkelijk oogpunt voorheen vooral was geassocieerd met het zondige driftleven, verhieven de psychohygiënisten deze tot de voorwaarde voor een persoonlijk en verinnerlijkt geloofsleven. De godsdienst liep volgens hen niet zozeer gevaar door de zondige aard van de mens en onzedelijke verlokkingen vanuit de buitenwereld, maar door de schadelijke psychische gevolgen van een slechte opvoeding, gestoorde gezinsverhoudingen, irrationele angst en schuldgevoelens of maatschappelijke ontwikkelingen die vervreemding en vereenzaming met zich meebrachten.

Op basis van de fenomenologie en het personalisme relativeerden zowel katholieke als protestantse psychohygiënisten de overgeleverde geloofswaarheden en het kerkelijke gezag en trachtten zij een eigentijdse invulling aan de christelijke moraal te geven. De individuele zelfontplooiing die als norm voor geestelijke gezondheid gold, behelsde dat de mens de zin van het leven vond in de 'ontmoeting' met de ander en de belangeloze 'overgave aan de medemens'. De woordvoerders van de confessionele geestelijke gezondheidszorg hadden hun mond vol van 'medemenselijkheid', 'naastenliefde', de 'geneeskracht van de liefde' en 'liefdevolle verhoudingen' tussen mensen als opstap tot nader contact met God. De algemeen menselijke behoefte aan affectieve verbondenheid vormde het psychische fundament van een zinvol samenleven, een zienswijze waarin ook humanisten zich konden vinden. De nadruk op harmonieuze persoonlijke en sociale relaties is typerend voor de psychohygiënische houding ten aanzien van de naoorlogse maatschappelijke ontwikkelingen. De dreigende teloorgang van primaire verbanden als gevolg van de met de industrialisering gepaard gaande verzakelijking en schaalvergroting vereiste compensatie in de vorm van 'vermenselijking der onderlinge verhoudingen', niet alleen in het gezin, maar ook in diverse maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven.[2181]

De in het kader van de Marshall-hulp uit Amerika geïmporteerde *Human Relations*-benadering vond veel weerklank. Het betrof een aantal sociaal-psychologische technieken, zoals *counseling* en groepsgesprekken, die in het bedrijfsleven waren ontwikkeld ter verhoging van de arbeidsproductiviteit in bedrijven door middel van een gerichte beïnvloeding van relaties tussen mensen op de werkvloer.[2182] Het aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde gelieerde Nederlands Instituut voor Personeelsleiding verzorgde vanaf 1947 op basis van dit gedachtegoed

---

[2181] Van Boxtel 1953; Buytendijk, Christian en Fortmann 1958; Rutten 1956, 85; Trimbos 1960, 40; Brillenburg Wurth et al. 1959, 10. De nadruk op interpersoonlijke relaties had een overwegend sociaal-psychologisch karakter en moet niet worden verward met sociologisering in de zin van aandacht voor maatschappelijke structuren, die kenmerkend was voor de geestelijke gezondheidszorg in de jaren zestig en zeventig. Zie verder 4.2.2. De psychiatrie onder vuur en 4.5.1. De democratisering van geluk.
[2182] Van der Heijden 1949.

bedrijfskadertrainingen voor grote ondernemingen. De afdeling Geestelijke Volksgezondheid van dit instituut onder leiding van de psycholoog J. Koekebakker, lid van het NFGV-bestuur en de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, verrichtte sociaalwetenschappelijk onderzoek op het terrein van de arbeidsorganisatie, waarbij de door Amerikaanse en Engelse psychiaters en psychologen ontwikkelde 'sociatrie' inspiratiebron was. De sociatrie, een amalgaam van sociologische, sociaalpsychologische en psychologische inzichten, was bedoeld als toegepaste wetenschap gericht op de optimale afstemming van individu en gemeenschap. De sociaal-psychiaters Querido en Barnhoorn zagen in de sociatrie een mogelijkheid om de beweging voor geestelijke volksgezondheid van een wetenschappelijke basis te voorzien.[2183] Onder leiding van onder anderen de psychiater J.A.C. Kock van Leeuwen werd een reeks sociatrische projecten opgezet in ondernemingen. Het neologisme sociatrie kreeg verder weinig navolging, maar het ideeëngoed vond onder de noemer *Human Relations* enige verbreiding, ook buiten het terrein van de (industrie)arbeid. Vooral in katholieke kring was hiervoor veel aandacht. De Nijmeegse hoogleraar in de psychologie F.J.Th. Rutten was een fervent aanhanger van de *Human Relations*-benadering en in 1956 vond in Nijmegen een internationaal congres erover plaats. In de Nederlandse bijdragen, die in 1955 en 1957 in bundels verschenen, werd dit gedachtegoed in het christelijk-sociaal denken geïncorporeerd en naar andere werkvelden uitgebreid, zoals het pastorale en maatschappelijke werk en de geestelijke gezondheidszorg.[2184]

Behalve de katholieken Trimbos en Barnhoorn, omschreef ook de sociaal-democraat Querido geestelijke volksgezondheid in termen van sociale relaties, waarbij hij tegelijkertijd het belang van individuele autonomie en een richtinggevende levensbeschouwing benadrukte. Geestelijke gezondheidszorg was in wezen, zo betoogde hij in een rede ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de NFGV in 1959,

> het streven naar gezonde betrekkingen tussen de mensen onderling en tussen de mensen en hun maatschappelijke instellingen. Gezonde betrekkingen zijn betrekkingen, die de grootst mogelijke ontplooiing van de in het individu aanwezige krachten en vermogens toelaten, zonder dat daardoor andere individuen in hun ontplooiing worden gehinderd.

Geestelijke hygiëne was bedoeld om de 'uniekheid van de persoon te behoeden, te bewaren, te ontwikkelen', aldus Querido, en 'de mensen ertoe te brengen, hun vraagstukken zelf op te lossen, het inzicht en de vrijheid te verwerven, hun eigen beslissingen te nemen'.[2185] De gereformeerde psychiater Janse de Jonge legde de lat nog iets hoger. Geestelijke gezondheid behelsde volgens hem niet alleen dat mensen over de spankracht beschikten om zelfstandig levensmoeilijkheden het hoofd te bieden, maar ook dat zij dit op creatieve wijze deden, waardoor zij tot persoonlijke groei kwamen.[2186]

Het individu kreeg van de toonaangevende psychohygiënisten tot taak om tot een 'persoonlijkheid' uit te groeien en een zekere innerlijke onafhankelijkheid te verwerven

---

[2183] De Goei 2001, 193-195.
[2184] Van Elteren 1987; Ter Meulen 1988a, 61-74; Westhoff 1996, 180-185.
[2185] Querido 1959, 134, 138.
[2186] Janse de Jonge 1959, 119-120.

ten opzichte van de buitenwereld. Het diende zich te laten leiden door de eigen overtuiging, maar deze moest wel sporen met het door deskundigen gearticuleerde verwachtingspatroon omtrent een moreel verantwoorde leefwijze. De psychohygiënische boodschap was dat het individu zonder bevoogding moest kunnen beslissen over de manier waarop het wilde leven, mits de motieven op goede gronden gebaseerd en gewetensvol waren en de medemens gerespecteerd werd. Egoïsme, hedonisme en mateloosheid stonden diametraal tegenover dit ideaal van zelfontplooiing. Mensen konden zichzelf alleen op een zinvolle wijze ontplooien door zich uit eigen beweging te spiegelen aan hoogstaande waarden. De eisen waaraan de geestelijk gezonde mens moest voldoen, waren hoog. Voor wie zichzelf niet adequaat kon verwerkelijken als gevolg van zijn persoonlijkheid of leefwijze, was deskundige begeleiding geboden. Daarin ging het om een voortdurende bezinning op het individuele gedrag ten einde de juiste verhouding te vinden tussen enerzijds bevoogding en sturing en anderzijds zelfstandigheid en individuele vrijheid.

Het burgerschapsideaal dat de psychohygiënisten uitdroegen en dat als geleide zelfontplooiing is te karakteriseren, was geënt op de sociaaleconomische modernisering die een functionele individualisering - flexibiliteit en mobiliteit - vereiste. In de persoonlijke identiteitsvorming kwam een verschuiving op gang van gegeven en min of meer stabiele maatschappelijke kenmerken als afkomst, godsdienst, stand of klasse naar persoonlijke eigenschappen en voorkeuren.[2187] Deze individualisering gold als een onontkoombaar gevolg van de moderniteit, maar om sociale desintegratie te voorkomen werd het noodzakelijk geacht om de toenemende individuele vrijheid van een normatieve inhoud te voorzien. Wanneer mensen die in hun persoonlijkheid incorporeerden, konden ze zich op soepele wijze aan de veranderende maatschappelijke omstandigheden aanpassen en zich tegelijkertijd op eigen kracht teweer stellen tegen de ontbindende tendensen in de moderne samenleving.

[2187] Tonkens 1999, vergelijk Blom 1996, 237; Duyvendak 1999.

3.7. De ambulante geestelijke gezondheidszorg

3.7.1. *Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*

Vanwege de ongunstige arbeidsvoorwaarden en de schamele salariëring kampte de ambulante geestelijke gezondheidszorg voortdurend met een tekort en een groot verloop aan deskundig personeel. Hoewel in de naoorlogse jaren meer geld beschikbaar kwam dan voorheen, bleef de financiering van de hulpverlening tot in de jaren zestig problematisch.[2188] 'Het was allemaal noodlijdend in die vijftiger jaren', aldus Trimbos. 'Er was geen geld, er waren geen regels, geen subsidievoorwaarden, eigenlijk niks, en alles wat je wou moest je per hapje waar maken.'[2189] De hulpverlening kwam niet in aanmerking voor vergoeding op basis van de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering, die in 1941 onder druk van de Duitse bezetter was ingevoerd. Evenals de vroegere coöperatieve ziekenfondsen bekostigde deze alleen curatieve behandelingen en was preventieve zorg uitgesloten. Wel financierde het Ziekenfonds het Preventiefonds, dat in 1950 het Prophylaxefonds verving, en kwam langs deze weg voor de ambulante voorzieningen meer geld dan voorheen beschikbaar. Het bestuur van het Preventiefonds besliste over de verdeling van het geld, maar het liet zich daarbij leiden door het advies van de NFGV, waarin alle organisaties waren vertegenwoordigd. In feite verdeelden drie contactcommissies - respectievelijk voor MOB's, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Consultatiebureaus voor Alcoholisme - die binnen de NFGV tot stand kwamen, het beschikbare geld van het Preventiefonds. Op aandrang van katholieke vertegenwoordigers in de NFGV, die op deze manier het verzuilde belang wilden veiligstellen, kregen deze commissies in 1955 een formele status en moest het NFGV-bestuur hun advies over de besteding van de subsidie en de contacten met de overheid inwinnen.[2190]

Het deel van de gelden van het Preventiefonds dat was bestemd voor geestelijke volksgezondheid (ongeveer 12 procent) was overigens maar bescheiden, hoewel het begin jaren zestig snel steeg. In 1962 ging het om bijna 500.000 gulden.[2191] Twee jaar later was dit aandeel gestegen tot 19 procent van het inkomen van het fonds en keerde het meer dan een miljoen gulden aan subsidies uit.[2192] Het leeuwendeel daarvan ging naar de MOB's, vooral voor de financiering van de psychiatrisch-sociaal werksters, hun opleiding en de oprichting van nieuwe bureaus. Daarnaast ondersteunde het Preventiefonds voorlichtingsactiviteiten van de NFGV, de verschillende verzuilde organisaties voor de geestelijke volksgezondheid, de kruisverenigingen, de opleiding van B-verpleegkundigen die in de voor- en nazorg werkzaam waren, de consultatiebureaus voor alcoholisme, de psychotherapeutische opleidingen van de twee psychoanalytische instituten en het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie (IMP), en diverse consultatiebureaus voor huwelijks- gezins- en levensmoeilijkheden.

[2188] Lekkerkerker 1947a, 14; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 102; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 183-184; Heerma van Voss 1985a, 1293; Bakker en Van der Velden 2004a.
[2189] Heerma van Voss 1990a, 207; vergelijk Westhoff 1996, 567.
[2190] Westhoff 1996, 201.
[2191] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 61.
[2192] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 140.

Voor de subsidies die de rijks-, provinciale en gemeentelijke overheden aan ambulante instellingen verstrekten, bestonden aanvankelijk geen vaste regels: ze werden ad hoc toegekend op basis van de jaarlijkse begroting.[2193] Vanaf de tweede helft van de jaren vijftig kwam daarin verandering met rijkssubsidieregelingen van het Ministerie van Maatschappelijk Werk voor de BLGM's (1957) en de BLO-nazorg (1957); van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de MOB's (1959), de psychiatrische voor- en nazorg ofwel Sociaal-Psychiatrische Diensten (1961) en de beroepskeuzevoorlichting (1962); en gezamenlijk van de Ministeries van Justitie en van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de consultatiebureaus voor alcoholisme (1960). Daarbij nam de overheid in grote lijnen de subsidievoorwaarden omtrent de bemensing en de werkwijze van de voorzieningen over, die de NFGV in verband met de verdeling van de middelen uit het Preventiefonds al eerder had opgesteld.[2194] In het kielzog van de toenemende overheidsfinanciering wonnen professionele maatstaven terrein ten koste van levensbeschouwelijke principes. Tussen 1946 en 1962 groeiden de rijkssubsidies voor de ambulante voorzieningen van ruim 100.000 tot bijna drie miljoen gulden, waarbij de MOB's in 1962 het grootste bedrag, bijna 1.230.000 gulden, incasseerden, de SPD'en en de maatschappelijke zorg voor zwakzinnigen respectievelijk bijna 640.000 en ruim 680.000 gulden ontvingen en de BLGM's op 220.000 gulden konden rekenen.[2195] Vanaf 1965 ontvingen de psychotherapeutische instituten ook rijkssubsidies ter dekking van hun exploitatietekorten.[2196] De gemeentelijke en provinciale subsidieregelingen bleven vooralsnog gekenmerkt door 'een chaotische verscheidenheid', zoals het in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* heette, maar dat nam niet weg dat gemeenten het grootste deel van de totale kosten van SPD'en, MOB's en BLGM's droegen.[2197] Deze bedroegen in 1963 bijna 15 miljoen gulden, waarvan de gemeenten 6,2 en het rijk 3,1 miljoen voor hun rekening namen. Provinciale subsidies, het preventiefonds, particuliere fondsen en eigen bijdragen van cliënten dekten de resterende kosten. Van de 15 miljoen kwam het leeuwendeel (9,4 miljoen) voor rekening van de SPD'en, terwijl de MOB's 4,8 miljoen en de BLGM's 0,4 miljoen gulden besteedden.[2198]

Met de groei van het aantal instellingen en hun diversiteit nam de versnippering en de onoverzichtelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg almaar grotere proporties aan. Her en der kwam enige integratie tot stand van voorzieningen die zich op uiteenlopende problemen en groepen richtten. Al in de jaren dertig functioneerden er katholieke consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid die zowel voor- en nazorg aan volwassen zenuw- en geesteszieken als medisch-pedagogische hulpverlening aan kinderen boden. Vanaf 1948 hanteerde de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland een soortgelijke combinatie en in Limburg bestonden vanaf begin jaren zestig vijf stichtingen waarin voor- en nazorgdiensten, MOB's en BLGM's verenigd waren.[2199] De verzuiling blokkeerde echter een soortgelijke

[2193] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 47-48.
[2194] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 78-158.
[2195] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
[2196] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 159-160.
[2197] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177; vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 158-184.
[2198] Bakker en Van der Velden 2004a, 28.
[2199] Bakker en De Boer 2002a, 194; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 217, 244-246, 311-313.

ontwikkeling in andere provincies, waarin de verschillende levensbeschouwelijke groepen op zichzelf een minderheidspositie innamen en er daarom te weinig draagvlak was om ieder voor zich een voldoende geoutilleerde geïntegreerde voorziening op te richten, terwijl bovendien de wil ontbrak om gemeenschappelijk de geestelijke gezondheidszorg te organiseren.[2200] Waar wel grote bevolkingsconcentraties van dezelfde confessionele groep en genoeg deskundigen aanwezig waren, konden pogingen tot integratie wel slagen. Na de oorlog richtten zowel de hervormden als de katholieken hun inspanningen in het bijzonder op Amsterdam, de stad die als bakermat en centrum van de ambulante zorg werd gedomineerd door gemeentelijke en neutrale particuliere instellingen.

De Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving, die in 1948 onder leiding van S.J.P. Dercksen, eerder verbonden aan de psychiatrische inrichting Zon en Schild te Amersfoort, ging functioneren, was de eerste organisatie die vrijwel alle instellingen verenigde: een BLGM, een MOB, een psychiatrische voor- en nazorgdienst onder de vleugels van de GG en GD en een psychotherapeutische voorziening in samenwerking met het IMP.[2201] Ook in Rotterdam, Utrecht en Den Haag en enkele kleinere steden ontstonden Hervormde samenwerkingsverbanden.[2202] De katholieken volgden het hervormde voorbeeld in 1950 met de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving, waarvan Trimbos psychiater-directeur werd. Daarin waren een MOB, een Bureau voor Huwelijksaangelegenheden en een sociaal-pedagogische dienst voor zwakzinnigen opgenomen. Elders brachten katholieken ook een aantal van dergelijke samenwerkingsverbanden tot stand.

Niet alleen op lokaal maar ook op nationaal niveau organiseerden de katholieke psychohygiënisten zich hechter dan hun protestantse en neutrale collega's. De Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid (KCV), sinds 1949 de opvolger van de vooroorlogse Roomsch Katholieke Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, ontwikkelde zich onder voorzitterschap van Buytendijk en door middel van studiebijeenkomsten en publicaties tot een gezaghebbend forum voor de opinievorming en publieke voorlichting. De vergaderingen en studiedagen van de vereniging, waarop regelmatig controversiële onderwerpen, zoals seksualiteit, het huwelijk, coëducatie, psychoanalyse en opvoeding van kinderen, aan de orde kwamen, trokken veel deelnemers. Via de eigen publicaties en tijdschriften als *Dux*, *De Linie*, *De Bazuin*, *Te Elfer Ure* en *G-3* en de KRO-radio kreeg het gedachtegoed van de toonaangevende katholieke psychohygiënisten bekendheid onder een groot publiek.[2203] Naast de KCV werd in 1952 voor het organisatorische en uitvoerende werk het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg (KNBGG) opgericht. Hoewel de inrichtingspsychiatrie met de Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor Behandeling en Verpleging van Geestelijk Gestoorden in het KNBGG vertegenwoordigd was, zette het zich vooral in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Onder krachtige leiding van de econoom Bartels richtte dit Bureau zich op de verbreiding van de psychohygiëne in de katholieke wereld door de oprichting van nieuwe ambulante voorzieningen, de

[2200] Van der Grinten 1987a, 245; Van der Grinten 1987b; vergelijk De Goei 2007a, 89-93.
[2201] Mijs 1987, Dercksen en Dercksen 1996.
[2202] Kraft 1963, 18.
[2203] Westhoff 1996, 262.

bevordering van de deskundigheid van de werkers in het veld en belangenbehartiging. Trimbos en Bartels reisden herhaaldelijk naar de zuidelijke provincies om plaatselijke notabelen voor te lichten over het nut van MOB's en Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden en hen aan te sporen dergelijke voorzieningen op te zetten.[2204] Ook stimuleerde en coördineerde het KNBGG de samenwerking tussen de hulpverleningsinstellingen: naast de Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting (1948) kwamen er katholieke centra voor MOB's (1949), consultatiebureaus voor alcoholisme (1953), psychiatrische voor- en nazorgdiensten (1959) en de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden (1965).[2205]

Met het KNBGG beschikten de katholieken eerder dan de andere bevolkingsgroepen over een eigen centrale coördinerende instantie. Voor zover er in de neutrale en protestantse geestelijke gezondheidszorg van landelijke organisatie sprake was, bleef die aanvankelijk beperkt tot de verschillende werksoorten, hetgeen in de hand werd gewerkt door de aparte subsidieregelingen van de overheid voor de verschillende voorzieningen. Voor de protestanten kwam daar nog bij dat een groot deel van hun voorzieningen was aangesloten bij algemene koepelorganisaties. Pas eind jaren vijftig kwamen er aparte protestantse en neutrale koepelorganisaties: achtereenvolgens de Nederlands Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid (1957), de Stichting Protestants-Christelijk Landelijk Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1957), het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1960), waarin de hervormde en gereformeerde organisaties samenwerkten, en de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid (1962). Het Algemeen Centraal Bureau onderscheidde zich van de eveneens algemene NFGV door een deelbelang, dat van de niet-confessionele geestelijke gezondheidszorg, te behartigen, terwijl de Federatie een neutrale overlegorganisatie was waarin alle, al dan niet verzuilde, instellingen vertegenwoordigd waren en waarvan de voornaamste taken bestonden uit het verdelen van subsidies en het onderhouden van het contact met de overheid.

Dat het KNBGG zich tot de krachtigste coördinerende instantie op het terrein van de psychohygiëne ontwikkelde was behalve aan de hechte zuilorganisatie mede te danken aan de snelle groei van het aantal katholieke voorzieningen tijdens de wederopbouwperiode. Begin jaren zestig deed dat nauwelijks onder voor de hoeveelheid neutrale instellingen en het overtrof dat van de protestanten ruimschoots. Zo bestonden er in 1962 21 neutrale, 6 katholieke, 5 protestantse en 2 joodse Sociaal-Psychiatrische Diensten. Van de 71 MOB's waren er 35 neutraal, 30 katholiek, 5 protestants en 1 joods. Van de 51 BLGM's of Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden zoals de katholieke consultatiebureaus heetten, hadden 27 een katholieke, 16 een protestantse, 4 een humanistische, 3 een neutrale en 1 een joodse signatuur. De 13 neutrale Consultatiebureaus voor Alcoholisme kenden 5 katholieke tegenhangers.[2206] De vooral aan de katholieken te danken hoge confessionele organisatiegraad op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg was overigens niet uitzonderlijk: ook een groot deel van de instellingen op het gebied van de algemene gezondheidszorg (iets meer dan de helft), het

[2204] Westhoff 1996, 213-214.
[2205] Westhoff 1996, 102, 104, 151, 499, 524, 538.
[2206] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 199-218, 231-236, 240-246, 303-313.

maatschappelijk werk (meer dan twee derde) en onderwijs en opvoeding (meer dan viervijfde) was van confessionele signatuur.[2207]

Het KNBGG onderhield buiten de coördinerende NFGV om direct contact met de overheid. In de jaren zestig, toen Bartels staatssecretaris van Volksgezondheid was onder de KVP-minister van Sociale Zaken G.M.J. Veldkamp, vervulde het KNBGG een leidende rol met voorstellen tot een reorganisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door middel van integratie van de verschillende voorzieningen en werkvormen, zoals dat in de katholieke en hervormde organisaties in Amsterdam grotendeels gerealiseerd was. Trimbos, die behalve in de Amsterdamse katholieke stichting ook bij het KNBGG werkzaam was en die grote invloed uitoefende op het beleid ervan, verwoordde dit streven in zijn proefschrift *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg* (1959). Ambulante instellingen zouden een MOB, een BLGM, een IMP, een voor- en nazorgdienst en eventueel een sociaal-pedagogische dienst voor zwakzinnigen en een Consultatiebureau voor Alcoholisme moeten verenigen. Hun preventieve en curatieve werkzaamheden dienden in handen te komen van multidisciplinaire teams, zoals gebruikelijk was in het MOB. Terwijl Trimbos in zijn proefschrift nog een overwegend particuliere organisatie op basis van levensbeschouwing voorstond, kwam het KNBGG in 1964 en 1968 met plannen voor algemene - dus niet langer verzuilde - geïntegreerde instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, die elk op regionale basis en met gegarandeerde financiële steun van de overheid zouden moeten functioneren. Deze katholieke voorstellen gaven de aanzet tot een lange en moeizame discussie over de herordening van het ambulante werkveld, die begin jaren tachtig uiteindelijk zou resulteren in de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).[2208]

Opmerkelijk is dat toen in de jaren zestig, grotendeels op initiatief van de katholieken, het streven naar samenwerking op gang kwam, gereformeerde woordvoerders van de geestelijke gezondheidszorg zich enigszins afhoudend opstelden en zich veel sterker dan katholieken en hervormden profileerden met godsdienstige principes. De directeur van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht, J.L.J. Lumeij, stelde begin jaren zestig dat er met de voltooiing van de katholieke emancipatie eigenlijk geen principiële, doch alleen maar pragmatische redenen waren om aparte katholieke instellingen te handhaven. Veel psychische problemen onder katholieken waren te wijten aan de autoritaire kerk, aldus Lumeij, en deze waren daarom beter invoelbaar voor katholieke dan door niet-katholieke hulpverleners. '[H]et is aan ons, katholieken, om onze eigen schaapsstal uit te mesten', aldus Lumeij, 'wij zijn de enigen, die het kunnen'.[2209]

In zijn voordracht ter gelegenheid van het vijfentwintigjarig bestaan van de Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag in 1959 liet de pedagoog J. Waterink, hoogleraar aan de Vrije Universiteit, een heel ander geluid horen. Hij maakte gewag van 'een wereld, die sterft aan de secularisatie'. Daarin was gezondheid ontkoppeld van 'de zedelijke grondslag' van het leven en wekten psychologie en psychiatrie de indruk dat alle menselijke kwalen oplosbaar waren. Volgens Waterink

---

[2207] Van Doorn 1992, 18.
[2208] Trimbos 1959, 169-175; Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg 1964 en Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg 1968; vergelijk Van der Grinten 1987a.
[2209] Lumeij 1963, 487; Brillenburg Wurth et al. 1959 en Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid 1967.

bracht de geestelijke gezondheidszorg met zich mee dat mensen te gauw hulp zochten in de verwachting dat alle moeilijkheden behandelbaar waren. Ook vonden zij daarin te gemakkelijk begrip voor 'ongewone driftcomplexen', waardoor het zedelijk besef en het bewustzijn 'der wereld zondeschuld' naar de achtergrond verdwenen.[2210] Ook L. van Loon, als psychiater verbonden aan het christelijke Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Den Haag, betoogde dat gezondheid niet het hoogste goed was. De mens was immers volledig afhankelijk van 'Gods ontferming en genade'. Moderne reclame- en marketingtechnieken gericht op vergroting van de consumptie gaven blijk van een 'diabolische toepassing van psychologische kennis, om daarmede te vernederen, te kwetsen en te heersen'.[2211] Tegelijkertijd pleitte hij voor de oprichting van meer christelijke 'neurose-centra' en psychotherapeutische instituten alsmede voor psychologisch en psychotherapeutisch geschoolde zielzorgers.

3.7.2. *Voor- en nazorg en sociale psychiatrie*

Nadat in het laatste oorlogsjaar het psychiatrische voor- en nazorgwerk zo goed als stil was komen te liggen, ontwikkelde dit zich na 1945 verder in de richting die zich al in de jaren dertig had afgetekend. Dit betekende dat de voorzieningen op dit terrein in toenemende mate zelfstandig ten opzichte van de psychiatrische inrichtingen waren georganiseerd op gemeentelijke, regionale of provinciale basis. Inrichtingen waren ongelijkmatig over het land verspreid en vele betrokken hun patiënten uit verschillende delen van het land. Door de geografische afstand en de grote spreiding was een effectieve voor- en nazorg vanuit inrichtingen vaak moeilijk te realiseren. Geleidelijk trokken zij zich weer terug uit de organisatie van de voor- en nazorg, hoewel er op personeel niveau wel sterke banden bleven bestaan: dit werk werd behalve door sociaal-psychiatrisch verpleegsters vaak in deeltijd uitgevoerd door psychiaters die ook in inrichtingen werkzaam waren. In 1949 hadden nog maar vier inrichtingen (die in Franeker, de Willem Arntsz Hoeve, Endegeest en Maasoord) eigen buitendiensten. Begin jaren vijftig was dat aantal gedaald tot twee en eind jaren vijftig waren deze allemaal verdwenen.[2212] De organisatorische scheiding werd in de hand gewerkt door het Ziekenfonds, dat vanaf 1950 verpleging in een inrichting op medische indicatie gedurende de eerste 42 opnamedagen vergoedde. Deze regeling verscherpte het onderscheid tussen curatieve behandeling in een inrichting of kliniek - of door een vrijgevestigde zenuwarts - en de niet als geneeskundig beschouwde begeleidende, ondersteunende en preventieve activiteiten van de voor- en nazorgdiensten.

Aan de andere kant was de band tussen de voor- en nazorg en de psychohygiënische beweging evenmin hecht. Na de Tweede Wereldoorlog pleitte Querido voor de onderbrenging van de voor- en nazorg in consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid. Zowel voor- en nazorg als psychohygiëne, zo redeneerde hij, veronderstelden dat het sociale milieu de uitingsvorm van psychische stoornissen in hoge mate bepaalde, in tegenstelling tot de klinische psychiatrie en de psychotherapie die zich louter op het geïsoleerde individu richtten. De term sociale psychiatrie behield aanvankelijk zowel de beperkte betekenis van voor- en nazorg als de bredere connotatie

---

[2210] Waterink 1959, 13, 16, 18.
[2211] Van Loon 1959, 26-27, 31.
[2212] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 18-19, 21, 25; Van der Grinten 1990, 66-67; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 133-148.

van de sociaalpsychologische benadering van psychische stoornissen in meer algemene zin. Zo verstond de psychiater Engelhard onder sociale psychiatrie een sociaalpedagogische benadering van geestesziekte, zowel binnen als buiten de inrichting, naar het voorbeeld van de actievere therapie, waarbij niet de ziekte centraal stond, maar het nog gezonde deel van de persoonlijkheid aangrijpingspunt was. In het midden van de jaren vijftig karakteriseerde Dercksen de werkzaamheden van alle ambulante voorzieningen als sociale psychiatrie. Maar juist vanaf die tijd was er een tendens om deze term te reserveren voor het voor- en nazorgwerk: rond 1960 gingen de instellingen die dit werk uitvoerden Sociaal-Psychiatrische Diensten heten.[2213]

Volgens Querido zou de voor- en nazorg zich evenals de hulpverlening in de MOB's en de BLGM's methodisch moeten oriënteren op het geprofessionaliseerde *social casework*, dat in het maatschappelijk werk opgang maakte, en een nieuwe discipline, 'sociatrie' genaamd, die de wisselwerking tussen individu en maatschappij centraal stelde.[2214] De poging van sociaal-psychiaters als Querido en ook Barnhoorn om de psychiatrische voor- en nazorg op deze manier een plaats te geven op het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid stuitte echter op verzet van de psychohygiënisten die voorzieningen als de MOB's en de BLGM's zo min mogelijk met de krankzinnigenzorg geassocieerd wilden zien. Zoals we eerder zagen won hun benadering het pleit: de NFGV toonde weinig betrokkenheid ten aanzien van de voor- en nazorgdiensten.[2215]

Toonaangevende psychohygiënisten als Lekkerkerker en Trimbos lieten zich nogal laatdunkend uit over de voor- en nazorg. Lekkerkerker vond dit werk onprofessioneel, met name omdat de verpleegsters niet sociaalpsychologisch waren geschoold:

> Het is […] nog teveel […] alleen maar nazorg, contrôle, gecombineerd met enige uiterlijke maatregelen, zoals arbeidsverschaffing, niet een werkelijke milieu-behandeling of liever: een behandeling van de patiënt èn zijn milieu in hun innige onderlinge wisselwerking, als integrerend deel van onderzoek en behandeling in en buiten de inrichting.[2216]

Ook Trimbos laakte het gebrek aan deskundigheid en vernieuwingsgezindheid en stelde dat de voor- en nazorgdiensten vergeleken bij instellingen als de MOB's en BLGM's hopeloos waren achtergebleven.

> In het algemeen […] is het beeld, dat men krijgt, weinig indrukwekkend: psychiaters, die naast veel ander werk ook even het spreekuur van de voor- en nazorg afdoen, psychiaters met uitgesproken gestichtsmentaliteit, gespeend van psychisch-hygiënisch inzicht, sociaal ongeschoold en zonder belangstelling; zusters, die het veel te druk hebben, met gebrekkige vervoermiddelen hun rayon afjakkeren, in hun contacten soms nauwelijks boven het koffiepraatjeniveau uitstijgen; al te controlerende zusters, die familie en buren vragen 'of alles nog goed gaat' en alweer op weg zijn naar volgende van de vele duizenden

[2213] Engelhard 1947; Dercksen 1956, 195.
[2214] Querido 1949a, 273. Over de sociatrie zie ook 3.6.2. Een nieuw psychohygiënisch élan.
[2215] Van der Grinten 1987a, 171; De Goei 2001, 173-174.
[2216] Lekkerkerker 1947b, 284; vergelijk Lekkerkerker 1955b, 194.

> huisbezoeken, die ze af te leggen hebben […]; psychiatrische inrichtingen, die geen idee hebben wat een voor- en nazorgdienst kan betekenen, die nooit ex-patiënten doorgeven, maar wel allerlei onbenullige karweitjes laten opknappen; overvolle stijlloze wachtkamers, waar de hystericus en de maniak de bezoekende mensen de koude rillingen bezorgen door verhalen over 'het gesticht'; boze zenuwartsen, die zich beklagen over ongeoorloofde concurrentie etc. etc.[2217]

In zijn visie op de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals Trimbos die in zijn proefschrift uiteenzette, diende de hulpverlening zich vooral te richten op mensen met psychosociale moeilijkheden en viel de voor- en nazorg voor geesteszieken buiten de boot.

De meeste voor- en nazorgvoorzieningen, met uitzondering van de sociaalpsychiatrische afdelingen van enkele grootstedelijke GG en GDen, waren klein. Ze bestonden vaak uit niet meer dan een psychiater in deeltijd en enkele voltijds werkzame sociaalpsychiatrische verpleegsters. Tot de jaren zestig kampten ze voortdurend met krappe financiële middelen, gebrek aan deskundig personeel en slechte huisvesting. Financiering door het Preventiefonds was beperktomdat zij niet aan de psychohygiënische subsidievoorwaarden, zoals een multidisciplinaire samenstelling van de staf, voldeden. Evenmin konden ze officieel direct aanspraak maken op de financiering krachtens de Armenwet, want die was alleen van toepassing op de (langdurige) verpleging in inrichtingen, alhoewel sommige inrichtingen de kosten van de voor- en nazorg doorberekenden in de verpleegtarieven. Daardoor waren zij aangewezen op de steun van gemeente- en provinciebesturen, die door middel van kortingen op hun bijdragen aan de inrichtingszorg subsidie beschikbaar stelden. Voor een groot deel financierden de armenkassen de voor- en nazorg zo uiteindelijk toch. Patiënten waren voor deze zorg geen eigen bijdrage verschuldigd.[2218]

Ondanks de laatdunkende uitlatingen van psychohygiënisten als Lekkerkerker en Trimbos vormde de voor- en nazorg met een grote en constante patiëntenstroom het omvangrijkste deelterrein van de extramurale psychiatrie en groeide zij in de jaren vijftig aan betekenis, met name als gevolg van de introductie van psychofarmaca, waardoor een toenemend aantal patiënten buiten de inrichting kon verblijven. In 1949 werd de voor- en nazorg georganiseerd door 10 provinciale kruisverenigingen (waarvan 2 algemene, 5 katholieke en 3 protestantse), 4 psychiatrische inrichtingen, 3 neutrale provinciale diensten, 3 GG en GDen (Amsterdam, Haarlem en Den Haag), de Nederlands Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken, de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, de Wilhelmina Stichting en de Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus en MOB's. Gezamenlijk verzorgden deze organisaties op 82 verschillende locaties door het hele land spreekuren, variërend van dagelijks tot maandelijks. Daarnaast was een 70-tal psychiaters onder auspiciën van de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen

[2217] Trimbos 1955, 54.
[2218] Van der Grinten 1987a, 171-185; Heerma van Voss 1985a; vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 23.

van Zenuw- en Zielszieken belast met de nazorg voor en het toezicht op voorwaardelijk ter beschikking gestelde of voorwaardelijk ontslagen 'psychopaten'.[2219]

In 1962 gingen de Sociaal-Psychiatrische Diensten - zo heetten de voor- en nazorgvoorzieningen vanaf 1961 officieel - uit van 15 neutrale provinciale organisaties (waarvan één kruisvereniging), 6 gemeentelijke GG en GDen, 6 katholieke organisaties (overwegend provinciale kruisverenigingen), 2 protestants-christelijke verenigingen (een provinciale en een lokale), twee Joodse stichtingen, een protestants-christelijke kliniek, een (plaatselijke) hervormde vereniging en een (lokale) interkerkelijke vereniging. Gezamenlijk onderhielden zij 186 spreekuuradressen, waarvan de frequentie varieerde van dagelijks tot maandelijks.[2220] De provinciale diensten hielden meestal op diverse locaties wekelijks of tweewekelijks spreekuur. De gemeentelijke diensten in de grote steden, die ruimer in hun middelen zaten en een kleiner geografisch gebied bedienden, konden hun spreekuren veel frequenter, soms elke dag, houden.[2221] De Dr. F.S. Meijers-Vereniging, zoals de Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken in 1958 ging heten, was toen nog steeds actief op het gebied van de maatschappelijke begeleiding van geestelijk gestoorde delinquenten.[2222] De BLO-nazorg bleef apart georganiseerd. Eind jaren veertig beschikten ruim 60 van de in totaal rond 170 BLO-scholen over een nazorginstelling. Het aantal nazorginstellingen, die vanaf omstreeks 1960 Sociaal-Pedagogische Diensten heetten, groeide tot bijna 100 in 1962.[2223]

De psychiatrische voor- en nazorg was in de jaren twintig en dertig tot stand gekomen om mensen zo mogelijk voor (her)opname in een gesticht te behoeden en zij richtte zich niet alleen op geesteszieken die niet meer of nog niet voor verpleging in een inrichting in aanmerking kwamen, maar ook op zwakzinnigen, demente ouderen, epileptici, alcoholici en zogenaamde psychopaten die onder psychiatrisch en juridisch toezicht waren gesteld. De doelgroep omvatte dus uiteenlopende groepen volwassenen en kinderen, die behalve met psychische stoornissen of leer- en opvoedingsmoeilijkheden ook met sociale problemen kampten en vaak niet bij andere instanties terecht konden.[2224]

De taken van de sociaal-psychiaters en vooral de verpleegsters waren breed geschakeerd. Zij werkten samen met inrichtingen om patiënten en hun omgeving voor te bereiden op hun ontslag, te bemiddelen als opname nodig was, de belangen van opgenomen patiënten te behartigen en proefverloven te begeleiden. Daarnaast onderhielden zij contacten met de gezinnen en families van patiënten en tal van maatschappelijke instanties (arbeidsbureaus, werkgevers, sociale diensten, woningdiensten, huisartsen, wijkverpleging, maatschappelijk werk, bedrijven, speciale werkinrichtingen, politie, justitie, pleeggezinnen, tehuizen, pensions en kosthuizen) om huisvesting, inkomen en werk te regelen, begrip van de omgeving te kweken en andere hulpverleners voor te lichten.[2225] 'We deden van alles om te zorgen dat ze in de

---

[2219] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 17-31, 43-44; vergelijk Querido 1954, 21.
[2220] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 199-218.
[2221] Speijer 1961.
[2222] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 226-227; Van der Kwast 1974, 22.
[2223] Brants 2004, 170; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 190-195; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 277-289.
[2224] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 16-17, 43; Akkermans 2001.
[2225] Querido 1949a; Jacobs 1964a.

maatschappij konden blijven', aldus nazorgzuster J. Verkerk, die in 1957 voor de Noord-Hollandse Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid ging werken.

> Dat betekende om te beginnen dat je met je patiënten sprak. Dat moet je je niet voorstellen als een vorm van psychotherapie, je sprak de mensen gewoon wat moed in. Daarnaast controleerden we de medicijnen en waren we vooral bezig met voortdurend dingen regelen. We probeerden bijvoorbeeld een min of meer beschutte werkplek voor ze te vinden in een bejaardenhuis of ziekenhuis, bij de sociale werkplaats of bij een andere werkgever. We gaven ook veel voorlichting aan de familieleden en andere naasten, over waarom de patiënt zo deed en hoe ze hem of haar het beste konden opvangen. Als de patiënt echt te onrustig werd, zorgden we dat hij of zij in een zo vroeg mogelijk stadium kon worden opgenomen. Het juiste moment daarvoor bepalen was wel eens moeilijk. Onze opdracht was immers om patiënten zo veel mogelijk buiten de inrichting te houden en de burgemeesters zetten daar soms zware druk op, aangezien de gemeenten anders voor de kosten konden opdraaien.[2226]

Verder behoorde de acute opvang door middel van zogenoemde 24-uurs diensten, zoals de rijdende psychiater in Amsterdam die al sinds de jaren dertig uitvoerde, tot het takenpakket van de voor- en nazorg. Al met al had deze tak van zorg veel weg van maatschappelijk werk. Desondanks stuitten de diensten soms op wantrouwen van huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen omdat ze concurrentie vreesden. Om andere artsen niet tegen zich in het harnas te jagen waren sociaal-psychiaters - althans naar buiten toe - terughoudend met het voorschrijven van medicijnen en benadrukten zij hun sociaal-ondersteunende en begeleidende taken.[2227] 'In de sociaal-psychiatrische diensten durven wij nog niet zo vrij en frank over behandeling te spreken', aldus de katholieke psychiater Lumeij.[2228] Een andere sociaal-psychiater stelde dat het niet om genezing ging: 'We waren erop uit om de mensen te leren om te leven met hun gebrek, met hun ziekte. Maar op een gesocialiseerde manier.'[2229]

Veel sociaal-psychiaters die bewust voor dit werk hadden gekozen, waren er door hun werk en opleiding in de inrichtingen van overtuigd geraakt dat genezing van geestesziekte vaak moeilijk was te bereiken en dat het beter was het leven van patiënten leefbaar te maken en opname te voorkomen. Niet zozeer de stoornissen stonden centraal in de sociale psychiatrie, zo stelde Querido, maar 'dat deel der persoonlijkheid, dat naar de maatschappij toe gericht is’. De voor- en nazorg trad volgens hem op als buffer tussen de patiënt en 'de kille, eisende, afstotende, harde maatschappij, zoals de gezonden die moeten en kunnen verdragen'.[2230] Voortdurend moesten de belangen van de patiënt en die van de maatschappij tegen elkaar worden afgewogen. Een en ander vergde veel tact van de sociaal-psychiaters en de verpleegsters. Het was van groot belang om een netwerk van persoonlijke contacten op te bouwen ten einde het vertrouwen en de medewerking te

---

[2226] De Boer 2004, 148.
[2227] Lumeij 1961, 208, 210; Hut 1963, 53-55; De Haan 1966, 268-269; vergelijk Bakker 1993, 67.
[2228] Lumeij 1961, 210.
[2229] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 123.
[2230] Querido 1949a, 268.

winnen van andere hulpverleners en instanties.[2231] Bij gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing en gevestigde routines hing in de dagelijkse praktijk van de voor- en nazorg veel af van het improvisatievermogen, de doortastendheid en de persoonlijke kwaliteiten van de hulpverleners. 'In het begin was het zoeken en tasten. Alles moest je zelf bedenken en uitproberen', aldus een verpleegster en een andere voegde daaraan toe: 'Je moest goed zijn in de omgang met mensen, goed kunnen luisteren, creatieve oplossingen kunnen bedenken. Het kwam aan op gezond verstand en intuïtie. […] Er waren geen regels hoe je het werk moest doen.'[2232]

Sommige psychiaters kozen bewust voor de sociale psychiatrie, andere kwamen er min of meer toevallig in terecht. Speciaal geschoold voor dit werk waren ze meestal niet. Tot in de jaren zestig, toen de eerste leerstoelen sociale psychiatrie tot stand kwamen, kreeg de voor- en nazorg weinig aandacht in het universitaire onderwijs en was van wetenschappelijke onderbouwing nauwelijks sprake. Sommige sociaal-psychiaters, zoals Querido en Barnhoorn, vonden dat ook niet zo nodig, omdat dit werk alleen in de praktijk zou zijn aan te leren.[2233] Wel hadden assistent-artsen aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam sinds de jaren dertig de mogelijkheid om stage te lopen bij de afdeling psychiatrie van de GG en GD en vanaf 1956 konden alle psychiaters in opleiding voor een stage bij een sociaal-psychiatrische instelling kiezen. Deze werd in 1964 een verplicht onderdeel van de opleiding. Het in 1953 opgerichte Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, het overleg van leidinggevende sociaal-psychiaters, was het enige wetenschappelijke forum op dit terrein. De eerste systematische Nederlandstalige inleiding in de sociale psychiatrie was Meijers' *Inleiding tot de sociale psychiatrie* (1947), waarin deze veel Engels- en Duitstalige literatuur besprak. Voor maatschappelijk werkers en verpleegsters waren al eerder W. Beyermans *Verzorging van zenuw- en zielszieken in de maatschappij* (1928), H. van der Hoevens driedelige *Psychiatrie: Een handleiding voor juristen en maatschappelijk werkers* (1928-1930) en F.M. Havermans' *Beknopte psychiatrie voor sociaal-werkenden* (1940) verschenen. Zuithoff pleitte er in 1959 voor dat SPD'en zich ook gingen richten op onderzoek, in het bijzonder op het terrein van de epidemiologie, dat in Nederland in tegenstelling tot andere Westerse landen ontbrak.[2234] Het duurde tot begin jaren zeventig voordat dergelijk onderzoek op gang kwam.

De sociale psychiatrie genoot vanwege haar praktische inslag, de hoge werkdruk, de onregelmatige werktijden in verband met crisisopvang - een 'hondenbaan', aldus een verpleegster - en het imago van 'brandjes blussen en puin ruimen' weinig aanzien onder psychiaters.[2235] In feite beschikten de sociaal-psychiatrisch verpleegsters over een betere opleiding en over meer praktische ervaring op dit terrein dan de meeste psychiaters en leerden de laatsten vaak van de eersten. Verpleegsters konden zich door middel van een stapeling van door de Scholen voor Maatschappelijk Werk en de Kruisverenigingen georganiseerde cursussen in de sociaalpsychiatrische verpleging specialiseren. Een vooropleiding in de kraam- en wijkverpleegkunde was verplicht. Aangezien mannen hiervan waren uitgesloten, hadden ze geen toegang tot het sociaalpsychiatrisch werk. In

---

[2231] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 48-50, 54-56.
[2232] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 48, 122.
[2233] Barnhoorn 1958; Querido 1980, 164; vergelijk Kraus 1956, 221.
[2234] Zuithoff 1959.
[2235] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 19; Willemsen 2001, 123.

de praktijk gaven vooral de verpleegsters vorm aan het voor- en nazorgwerk en waren de psychiaters grotendeels afhankelijk van hen voor informatie over patiënten.

Terwijl de psychiaters spreekuren hielden en zich concentreerden op de medische aspecten, zoals de controle op en de eventuele bijstelling van de medicatie, legden de zusters, die soms ook zelfstandig spreekuren hielden, zich toe op de huisbezoeken, waarvoor veel tact, discretie, vasthoudendheid en geduld nodig waren. Alleen door patiënten thuis te bezoeken, zo was de gedachte, kon men een goed inzicht krijgen in de leefomstandigheden van patiënten en hun vertrouwen en dat van hun familie winnen. Een psychiater wees in dit verband op het belang van de rolverdeling tussen man en vrouw: de moederlijke zuster die toedekkend en sussend kon optreden en de vaderlijke psychiater die corrigerend optrad als het ernstig werd.[2236] Schroom en schaamte speelden veel patiënten en hun familie parten. 'Op huisbezoek bij mensen die eerst opgenomen waren geweest, dat was vaak heel erg moeilijk', aldus een verpleegster. 'Dat ging zeer geheimzinnig. Een opname was vooral op het platteland echt een schande. Buren mochten dat absoluut niet weten.'[2237] Mede daarom droegen de zusters geen uniformen. Aanvankelijk waren zij vaak aangewezen op fiets, bromfiets en openbaar vervoer, wat de huisbezoeken vooral op het platteland zeer tijdrovend maakte. Later kwamen er dienstauto's. 'We kwamen vaak als natte katten bij de mensen aan', zo herinnerde een voormalige zuster van de Zeeuwse voor- en nazorgdienst zich. 'En bij gladheid gingen we gewoon lopen. Door weer en wind liepen we over de donkere polderwegen in Zeeland, bij nacht en ontij waren we op sjouw.'[2238]

In de tweede helft van de jaren vijftig begonnen de grenzen tussen begeleiding en behandeling te vervagen, in eerste instantie als gevolg van de beschikbaarheid van nieuwe psychofarmaca, die patiënten rustiger, toegankelijker en socialer maakten. In toenemende mate gingen sociaal-psychiaters medicijnen voorschrijven. Het verzet daartegen van huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen, die dit eerder als ongeoorloofde medische concurrentie hadden beschouwd, nam af. De nieuwe middelen werden vrij snel en soms scheutig toegediend. Zo vertelde een zuster van de Amsterdamse gemeentelijke Sociaal-Psychiatrische Dienst:

> Die tranquillizers verschenen in '56-'57. Dat was heel wat. Samen met een arts van de GGD gingen wij op pad, met een potje Atarax in onze tas. Als iemand onrustig was, telden we bij zo'n patiënt een aantal Ataraxen uit. Zomaar, niet in een kliniek of zo, je gaf het gewoon bij de mensen thuis. Later gingen we met een tas vol middelen op stap en daar deelden we van uit.[2239]

Met de komst van psychologen en pedagogen vanaf de jaren zestig gingen de voor- en nazorgdiensten ook psychotherapeutische behandelingen verzorgen, met name gezins- en groepstherapieën. Vanaf het eind van de jaren vijftig werden er in veel diensten aparte afdelingen voor kinderen en jongeren en voor volwassenen ingericht. Voor patiënten die niet meer in de inrichting hoefden te verblijven, maar die nog geen zelfstandig leven in de maatschappij aankonden, kwamen er, zoals eerder vermeld, zogenaamde sluisinternaten,

---

[2236] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 88, 92.
[2237] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 100.
[2238] Kool-Blokland s.a. [1999], 77.
[2239] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 118-119; vergelijk Jacobs 1963, 65.

kleinschalige woonvoorzieningen, bedoeld om de overgang naar de maatschappij te vergemakkelijken.[2240] Sommige sociaal-psychiaters begonnen in het midden van de jaren zestig blijk te geven van een maatschappijkritische opvatting over hun werk. Zo betoogde de psychiater E. de Haan dat de gemeenschap vaak wat al te snel mensen met gedragsafwijkingen als gestoord naar de psychiatrie verwees. Het zou de taak van de sociale psychiatrie zijn om deze tendens te keren door het publiek duidelijk te maken dat de problemen dikwijls niet waren te wijten aan geestesziekte, maar aan 'een reaktie op pathogene milieufaktoren'.[2241]

In 1961 kwam er een rijkssubsidieregeling van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor wat inmiddels de Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD) heette.[2242] Volgens de subsidieregeling behoorden niet alleen voor- en nazorg in de zin van begeleiding en ondersteuning, maar ook preventie en curatie tot de taken van de SPD, waartoe niet alleen psychiaters en sociaal-psychiatrisch verpleegsters, maar ook psychologen en andere deskundigen zouden kunnen bijdragen.[2243] Dit betekende dat de overheid de SPD als een volwaardige instelling op het gebied van de ambulante geestelijke volksgezondheid, en niet louter als een verlengstuk van de krankzinnigenzorg beschouwde.[2244] Dankzij de snelle toename van de subsidies voor de SPD'en - tussen 1958 en 1962 stegen de rijkssubsidies van ruim 140.000 naar bijna 640.000 gulden - maakte de sociale psychiatrie in de jaren zestig een sterke groei door.[2245] Overigens betekende deze groei niet dat psychiatrische inrichtingen minder patiënten opnamen. Al eerder zagen we dat er veeleer sprake was van een toename van het aantal kortdurende opnamen.[2246] In de jaren dertig was naar aanleiding van Querido's sociaal-psychiatrische activiteiten al opgemerkt dat deze de drempel tussen de maatschappij en de inrichting verlaagden, waardoor patiënten zowel vaker en sneller werden ontslagen als opgenomen.[2247]

Tussen de gemeentelijke en de particuliere, vaak confessionele, voor- en nazorgorganisaties ontstond in het midden van de jaren vijftig enige concurrentie. Vooral de katholieken ervoeren de voor- en nazorg door GG en GDen als een belemmering om in de grote steden eigen voorzieningen te ontwikkelen. In 1957 stelde Trimbos in een voordracht dat de Sociaal-Psychiatrische Diensten net zoals andere ambulante instellingen naast een preventieve ook een curatieve functie hadden en dat zij daarom, naar goed Nederlands gebruik, niet tot de verantwoordelijkheid van de overheid, maar tot die van het particuliere initiatief behoorden. Geprikkeld reageerde Querido hierop met de vaststelling dat het particuliere initiatief het voor de oorlog in Amsterdam op dit terrein volledig had laten afweten.[2248] Ondanks dergelijke spanningen werden vanaf het eind van

---

[2240] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 198; vergelijk Lammers 1959; paragraaf 'Overige voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting'.
[2241] De Haan 1966, 267.
[2242] In de *Gids* van 1958 kwam deze nieuwe naam al voor. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 133.
[2243] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 20, 110; vergelijk Lumeij 1961, 213-214.
[2244] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 103.
[2245] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
[2246] Zie 3.4.1. De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking.
[2247] Jacobs 1964b.
[2248] Westhoff 1996, 521; vergelijk Wijffels 1958.

de jaren vijftig pogingen ondernomen om tot meer samenhang en afstemming te komen tussen particuliere, provinciale en gemeentelijke instellingen ten einde gemeenschappelijk hun belangen te behartigen. De SPD'en zagen zich begin jaren zestig geconfronteerd met concurrentie vanuit de inrichtingen, die met nieuwe extramurale voorzieningen als poliklinieken en dagbehandelingen naar buiten traden en zich ten dele op dezelfde groepen richtten.[2249] Mede om een sterkere positie te verwerven ten opzichte van de veel omvangrijkere inrichtingspsychiatrie kwam in 1959 de Stichting Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten en tien jaar later de neutrale Nederlandse Vereniging van Sociaal-Psychiatrische Diensten tot stand.

3.7.3 *Alcoholverslavingszorg*

In de naoorlogse periode was van de grote bezorgdheid over mateloos alcoholgebruik, eertijds de drijvende kracht achter de drankbestrijdingsbeweging, niet veel meer over. Al in het interbellum was de alcoholconsumptie tot een, ook in internationaal opzicht, ongekend laag peil gedaald en in de jaren veertig en vijftig bleef dit het geval.[2250] Alcoholisme was al lang geen armoedeverschijnsel en wijd verbreide sociale misstand meer. Terwijl tot de Eerste Wereldoorlog op grote schaal onbeheerst en veelal in het openbaar was gedronken, werd sterke drank nu overwegend met mate en in de privé-sfeer genuttigd. Voor zover drank nog als een maatschappelijk probleem gold, was dat niet zozeer vanwege openbare dronkenschap en ordeverstoring, maar vanwege het autorijden onder invloed. Hoewel het drankgebruik vanaf eind jaren vijftig als gevolg van de groeiende welvaart steeg, was de angst voor sociale ontreddering verminderd, mede vanwege het onderscheid tussen het algemeen geaccepteerde beheerste 'sociale drinken' en alcoholisme als verslaving, dat als probleem van een kleine minderheid gold.

Het veranderde drinkpatroon bracht met zich mee dat de moreel en sociaal geïnspireerde alcoholbestrijding definitief werd overvleugeld door de professionele hulpverlening, waarin zowel de psychiatrie als het maatschappelijk werk een belangrijke rol speelden en die zich richtte op een relatief kleine groep van verslaafden. De professionele aandacht was niet zozeer gericht op de sociale drinkgewoonten als wel op teugelloze en hardnekkige drinkers, van wie werd verondersteld dat hun mateloze behoefte aan alcohol een ziekteverschijnsel was. Onder invloed van de inzichten van de invloedrijke Amerikaanse arts E.M Jellinek gold de alcoholist niet meer primair als een bedreiging voor de maatschappij, maar als een kwetsbaar individu die professionele hulp nodig had.[2251] Querido, die alcoholisme tot het werkgebied van de geestelijke volksgezondheid rekende, betoogde in 1954 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* dat overmatig alcoholgebruik niet alleen kon leiden tot lichamelijke en geestelijke ziekte, maar dat de grenzeloze behoefte aan alcohol op zichzelf een ziekte was. In hetzelfde jaar verkondigde hij deze visie op een Europese conferentie van de

---

[2249] Van Lieshout 1985b; Van Andel 1963; Jacobs 1963.

[2250] Van der Stel 1995, 282-283; Uitterhoeve 2000, 88; Esser 1965.

[2251] Tegelijkertijd wees Jellinek erop dat maatschappelijke omstandigheden wel van invloed waren op de mate waarin drankgebruik met ziekelijk alcoholisme werd geassocieerd. De sterke beperking van het alcoholgebruik door sociale regels en morele normen, zoals hij dat in Nederland waarnam, zou de idee dat overmatig drinken ziekelijk is in de hand werken en zo het medisch model van een maatschappelijke basis voorzien. Van der Stel 1995, 317-318; zie ook Blok 2007, 167, 171-173.

WHO over alcoholisme in Noordwijk.[2252] Ook voor andere psychiaters was het vanzelfsprekend dat alcoholverslaving tot het psychiatrisch werkgebied behoorde. Carp, Rümke, Piebenga, Barnhoorn, A.P. Ketel, Speijer en vooral P.H. Esser profileerden zich als deskundigen op dit gebied.

Esser, voormalig assistent van K.H. Bouman en verbonden aan het Amsterdamse Consultatiebureau voor Alcoholisme, droeg een uitgesproken medisch-psychiatrische benadering van alcoholisme uit.[2253] Zijn *Alcoholisme* (1960) werd het handboek in de verslavingszorg. Net als kanker ontstond alcoholisme geleidelijk en sluipend, schreef hij in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica*. Hem was gebleken dat alcoholisten behept waren met een zwak zenuwgestel, zodat zij zich moeilijk konden beheersen. Vandaar dat ze vaak infantiel (bi)seksueel, recalcitrant, agressief en crimineel gedrag vertoonden.[2254] Esser bevorderde de introductie van nieuwe behandelmethoden zoals groepstherapie, gezinsbehandelingen en Alcoholic Anonymous-zelfhulpgroepen. De aanvaarding van het ziektemodel werd in de hand gewerkt doordat het Ziekenfonds vanaf eind jaren vijftig de behandeling van alcoholisme in ziekenhuizen en daarin gespecialiseerde sanatoria en klinieken vergoedde, mits er zenuwartsen en verpleegkundigen aan verbonden waren. De bestaande sanatoria Hoog-Hullen, Schöndeln en Huize Henriëtte, waarin medio jaren vijftig ruim honderd patiënten konden worden verpleegd, kregen erkenning als ziekeninrichtingen. Vanaf 1960 kwamen er in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag bovendien gespecialiseerde en aan consultatiebureaus gelieerde klinieken voor verslaafden.[2255] Verder was ook in enkele psychiatrische inrichtingen expertise op dit terrein aanwezig, met name in Maasoord, Franeker, de Willem Arntsz Hoeve en Vogelenzang; de laatste inrichting kreeg in 1955 een aparte kliniek voor verslaafden. In Maasoord introduceerde de arts Ketel rond 1950 het geneesmiddel disulfiram, beter bekend onder de namen Refusal en Antabus, om chronische alcoholisten te behandelen. Daarnaast vonden kuren met apomorfine toepassing.[2256]

Naast enkele intramurale voorzieningen bestonden er eind jaren veertig over het hele land verspreid negen consultatiebureaus onder verschillende benamingen: Consultatiebureau, Medisch Consultatiebureau of Medisch-Maatschappelijk Consultatiebureau voor Alcoholisme.[2257] Hun werkwijze liep nogal uiteen - naast de medisch-psychiatrische invalshoek bestonden er in veel bureaus nog sterke banden met het traditionele reddingswerk van de drankbestrijdingsbeweging - en ze kenden nauwelijks onderlinge samenwerking. Vanuit de grotere bureaus in Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Helmond kwamen vanaf 1948 initiatieven voort om in samenwerking met de Inspecties van de reclassering en volksgezondheid, het Nationaal Bureau voor Reclassering en de NFGV te komen tot meer onderlinge coördinatie, een uitbreiding van het aantal consultatiebureaus en een uniforme professionele werkwijze op basis van een medisch-psychiatrische benadering en het *social casework* in het

[2252] Van der Stel 1995, 309, 314-315.
[2253] Esser 1952; Esser 1959; Esser 1966; Esser 1965; vergelijk Blok 2007, 170-171.
[2254] Esser 1959, 45-47; Esser 1965, 385.
[2255] Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40; Van der Stel 1995, 316-317, 348-350.
[2256] Van der Stel 1995, 351, 356, 360; Esser 1952; Esser 1965.
[2257] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 70-74; Krauweel 1950 en Krauweel 1956; Van der Stel 1995, 323.

maatschappelijk werk. De in 1949 opgerichte Commissie tot Contact en Advies voor Consultatie-Bureaux voor Alcoholisme in Nederland nam afstand van de als moralistisch gekwalificeerde drankbestrijdingsbeweging en benadrukte het medische profiel van de bureaus. Deze profilering diende mede om subsidies te verwerven van het Ministerie van Sociale Zaken en het Preventiefonds. Met hun financiële steun kwam in 1953 de Federatie van instellingen voor de Zorg voor Alcoholisten (FZA) tot stand als koepelorganisatie van alle algemene consultatiebureaus en de sanatoria Hoog-Hullen en Schöndeln. De toonaangevende figuren op het terrein van de alcoholverslavingszorg, Esser en H.J. Krauweel, die zich met de organisatie van de maatschappelijke hulpverlening bezighield, werden voorzitter en secretaris. Querido werd voorzitter van een onderzoekscommissie, waaruit in 1961 de Stichting voor Studie en Documentatie op het gebied van het Alcoholisme voortkwam.[2258]

De katholieke bureaus organiseerden zich in 1953 apart in het Centrum Katholieke Alcoholistenbureaus, dat zich aansloot bij de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. Hoewel tussen de neutrale Federatie en het katholieke Centrum enige wedijver bestond, vormden zij samen binnen de NFGV een Contactcommissie voor sociaal-medische Consultatiebureaus voor Alcoholisme ten einde de subsidie vanuit het Preventiefonds te verdelen. In 1968 verenigden alle bureaus zich in één federatie. Het totaal aantal consultatiebureaus groeide in de jaren vijftig van 9 tot 18, waarvan er 13 neutraal en 5 katholiek waren, en deze verzorgden spreekuren op ruim 90 adressen.[2259] Het aantal cliënten van alle consultatiebureaus tezamen steeg van een kleine 4.000 in 1950 naar ruim 13.000 in 1963 en daarvan nam het grootste bureau, dat in Amsterdam onder leiding van Krauweel, ongeveer een kwart voor zijn rekening. Gemiddeld 60 procent van hen werd door Justitie naar de bureaus verwezen. Slechts 9 procent van de cliënten meldde zich op eigen initiatief, de rest werd door familie of andere instanties gestuurd.[2260]

Hoewel de consultatiebureaus zich als medisch-psychiatrische instellingen profileerden en zich distantieerden van de maatschappelijke drankbestrijding door leken, vond het medische model in de praktijk slechts op beperkte schaal ingang.[2261] Er was een tekort aan psychiaters en over het algemeen vertoonden zij weinig animo voor dit werk. Psychiaters waren in de regel voor slechts een paar uren per week aan de bureaus verbonden om diagnostische, consultatieve en therapeutische werkzaamheden - zowel psychotherapie als het voorschrijven van medicijnen - te verrichten.[2262] Esser meldde dat slechts een kwart van de patiënten een psychiatrische behandeling kreeg en dat de rest naar maatschappelijk werkers werd verwezen.[2263] De leiding was niet in handen van medici, maar in de jaren vijftig vaak nog van drankbestrijders en voormalige politieagenten of militairen en later van maatschappelijk werkers. Verder waren er

---

[2258] Van der Stel 1995, 347.
[2259] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 165-168; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 231-236; vergelijk Van der Stel 1995, 326, 334.
[2260] Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 51; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40, Centraal Bureau voor de Statistiek 1963, 39; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 44; Van der Stel 1995, 326, 339, 356, 363.
[2261] Van der Stel 1995, 358.
[2262] Esser 1959.
[2263] Esser 1965, 376.

juristen, wijkverpleegsters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en (huis)artsen aan de bureaus verbonden; in de jaren zestig deden psychologen en sociologen hun intrede.[2264]

Mede doordat de meeste cliënten bij een consultatiebureau terechtkwamen in verband met sociale en justitiële problemen en vanwege de belangrijke taak die de bureaus vervulden op het gebied van de reclassering, kregen maatschappelijk werkers de overhand en bleven de sociale en strafrechtelijke aspecten van verslaving veel aandacht opeisen.[2265] Het *social casework* ging de toon aangeven; de medische profilering diende vooral strategische doeleinden ten einde erkenning, gezag en financiering te verwerven. In de jaren zestig verloor het medische model verder terrein aan een meer sociaalpsychologische benadering. De poging om door middel van de aanstelling van psychiaters de verslavingszorg tot een integraal onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg te maken en zo haar aanzien en kansen op subsidie te verhogen, slaagde maar half.[2266] De nadruk op reclasseringswerk was er debet aan dat de verslavingszorg een enigszins marginale positie in de geestelijke gezondheidszorg innam. Dat kwam tot uitdrukking in de werkwijze, de clientèle, de financiering en de organisatie. In tegenstelling tot de andere ambulante instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, waar de cliënten zich met min of meer uitgesproken klachten of hulpvragen aanmeldden en die op vrijwillige behandeling was gebaseerd, kreeg de verslavingszorg vaak te maken met onwillige en lastige mensen en was de hulpverlening verweven met justitiële dwang. Naast de subsidies van het Preventiefonds, het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, gemeenten en provincies en bijdragen van particulieren en vanuit collectes, vormden de subsidies van het Ministerie van Justitie de grootste bron van inkomsten van de consultatiebureaus. In 1960 kwam er vanuit de twee ministeries een rijkssubsidieregeling en gingen de werkgebieden van de bureaus grotendeels samenvallen met die van de arrondissementsrechtbanken. De overheidssubsidies stegen tussen 1955 en 1963 van bijna 400.000 tot ruim anderhalf miljoen gulden.[2267]

3.7.4. *Medisch Opvoedkundige Bureaus*

Het MOB was in de naoorlogse jaren de toonaangevende instelling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het kreeg eind jaren veertig het leeuwendeel van de rijkssubsidies op dit terrein.[2268] De sterk groeiende clientèle tijdens de nasleep van de oorlog - waaronder getraumatiseerde joodse oorlogspleegkinderen, slachtoffers van gezinsontwrichting en verwaarlozing, NSB-kinderen en jeugdige delinquenten - bevorderde de oprichting van nieuwe bureaus.[2269] Met zijn nadruk op de preventie van geestesstoornissen en zijn multidisciplinaire werkwijze beantwoordde het MOB aan de hooggestemde idealen van de toonaangevende psychohygiënisten. De subsidieregels van de NFGV voor de diverse voorzieningen waren afgeleid van de normen die voor MOB's golden. Hoewel kinderpsychiaters leiding gaven aan de MOB's gingen deze in het bijzonder een voorbeeldfunctie vervullen vanwege de belangrijke rol die psychiatrisch-

---

[2264] Van der Stel 1995, 326-327, 356; Esser 1965.
[2265] Van der Stel 1995, 358, 441, 445.
[2266] Van der Stel 1995, 292, 445-446, 461.
[2267] Van der Stel 1995, 363; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 69-70; Westhoff 1996, 513; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 44.
[2268] Lekkerkerker 1955a; Van der Grinten 1987a, 186-209; Festen et al. 1997, 33.
[2269] Lekkerkerker 1958a.

sociaal werksters speelden in de hulpverlening. Zij waren maatschappelijk werksters die in het zogenoemde *social casework* geschoold waren en daarnaast een opleiding op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg hadden gevolgd. Dit werk was vrijwel uitsluitend in handen van vrouwen.

De opkomst van het psychiatrisch-sociaal werk hing nauw samen met de professionalisering van het maatschappelijk werk en de toenemende aandacht voor de psychologie en de sociologie daarbij. Net zoals de geestelijke gezondheidszorg ontleende het na de oorlog nieuwe legitimiteit aan de vermeende morele ontreddering en maatschappelijke ontworteling. Sociale wederopbouw door middel van de functionele aanpassing van individuen aan de snel veranderende samenleving en het herstel van de band tussen individu en gemeenschap was het doel. Om dit te bereiken werden nieuwe methoden uit de Angelsaksische wereld geïntroduceerd. Deze verschilden van de oudere bevoogdende werkwijze, die in het teken stond van liefdadigheid, armenzorg, opvoeding en morele verheffing en waarbij levensbeschouwelijke overtuigingen een prominente rol speelden. M. Kamphuis, directrice van de Groninger School voor Maatschappelijk Werk, en de psychiatrisch-sociaal werkster N. Ongerboer deden vlak na de oorlog in het *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk* en het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* verslag van wat ze in de Verenigde Staten hadden geleerd over een meer professionele aanpak. Zij wezen op het belang van het *social casework*, dat zich richtte op mensen die mede in verband met ingrijpende maatschappelijke veranderingen in de problemen waren geraakt. In haar invloedrijke boeken *Wat is social case work* (1950) en *Helpen als ambacht* (1951) zette Kamphuis uiteen dat het maatschappelijk werk niet alleen sociale aanpassing, maar vooral ook een vergroting van de zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van mensen ten doel had. Ook betoogde zij dat niet zozeer een gebrek aan beschaving of zedelijkheid als wel psychologische tekortkomingen een goed sociaal functioneren belemmerden. Deze professionalisering werd in de hand gewerkt door de maatstaven die het Ministerie van Maatschappelijk Werk vanaf 1952 aanlegde: alleen geschoolde en gediplomeerde maatschappelijk werkers kwamen voor subsidie in aanmerking.[2270]

Het was de taak van de maatschappelijk werkster en in het bijzonder de psychiatrisch-sociaal werkster om door te dringen tot de 'werkelijke' psychologische problemen die schuilgingen onder de oppervlakte, het verhaal waarmee cliënten zich aanmeldden. De hulpverlener moest zich open opstellen en niet moraliseren, maar goed observeren en luisteren naar cliënten, een vertrouwensrelatie opbouwen en hen stimuleren om de kern van hun probleem onder ogen te zien. Ook diende zij zich bewust te zijn van de psychologische mechanismen in het hulpverleningscontact: onbewuste processen van haar kant zouden het kunnen beïnvloeden en daarom werd ook haar persoonlijkheid en handelen onderwerp van (zelf)reflectie. Veel psychiatrisch-sociaal werksters ondergingen een psychoanalyse.[2271] Door de beheersing van de *social casework* methode, het aanwenden van psychologische inzichten en gesprekstechnieken zouden zij bij uitstek geschikt zijn om de psychosociale behandeling in de geestelijke gezondheidszorg op zich te nemen. Als behandelaars richtten zij zich in het bijzonder op

[2270] Koenis 1999; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 56; vergelijk De Haan en Duyvendak 2002.
[2271] Barnhoorn 1960; Schlatmann en Wolff 1985.

de vanuit Amerika ingevoerde gezins- en relatietherapie.[2272] De overkoepelende Nederlandse Federatie van MOB's en het katholieke Paedologisch Instituut in Nijmegen verzorgden vanaf 1938 de opleiding in het psychiatrisch-sociaal werk en door deze open te stellen voor maatschappelijk werksters die in andere voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, zoals de BLGM's en de jeugdpsychiatrische diensten, vond de werkwijze van het MOB navolging.[2273] Het totaal aantal psychiatrisch-sociaal werksters bleef evenwel vrij klein, waardoor het aanbod achterbleef bij de groeiende vraag naar deze beroepskrachten. De geringe animo hing samen met het lage salaris waarmee dit typische vrouwenberoep beloond werd. Als gevolg van de concurrentie van de Voortgezette Opleiding voor Maatschappelijk Werk, die steeds meer maatschappelijk werkers trok, liep de belangstelling voor de opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster vanaf het eind van de jaren vijftig terug en werd deze in 1963 opgeheven.[2274]

De kinderpsychiater P.H.C. Tibout, die leiding gaf aan het grootste en oudste MOB (Amsterdam), publiceerde in 1948 haar proefschrift over het MOB-werk.[2275] Dit was niet gebaseerd op levensbeschouwelijke waarden of specifieke opvoedkundige normen, zo benadrukte zij, maar op wetenschappelijk verantwoord psychologisch inzicht. 'Het gesprek met de ouders houdt in de eerste plaats in dat de ouders geconfronteerd worden met een zo objectief mogelijke visie op de situatie, waardoor zij in staat worden gesteld een zekere distantie te krijgen, een procedure die dikwijls reeds zeer ontspannend werkt.' Over de inhoud van pedagogische normen moesten de ouders zelf beslissen, maar, zo voegde Tibout daaraan toe, vanuit psychologisch oogpunt bestond er wel degelijk zoiets als een objectieve standaard. Zij omschreef deze als het 'bereikt hebben van menselijke rijpheid, aanpassing en levensaanvaarding, en het "verder" komen in groei'. Dit doel was het beste te realiseren als ouders in de opvoeding de juiste balans wisten te vinden 'tussen zelfexpressie en zelfbeheersing'.[2276] Vooral de psychoanalyse had volgens Tibout duidelijk gemaakt dat problemen van kinderen samenhingen met hun innerlijke ontwikkeling. Meer in het algemeen, zo legde Lekkerkerker uit, golden bewustwording, zelfinzicht, praten en attitudeverandering in de MOB's als de geëigende middelen om opvoedings- en relatiemoeilijkheden op te lossen. 'Bij het opnemen van de anamnese zullen bij de moeder en bij de vader wellicht samenhangen, die zij niet vermoedden, plotseling duidelijker worden', schreef zij begin jaren vijftig;

> het gesprek activeert hen over verschillende punten verder na te denken en natuurlijk praten zij er samen over; het feit alleen, dat men licht begint te zien en

---

[2272] Schlatmann en Wolff 1985; Pols 1989, 55-58; Neij 1989, 225-233.

[2273] Het Centrum voor Katholieke Medisch-Opvoedkundige Bureaux nam de katholieke opleiding in 1947 over. In 1955 waren er een kleine twintig psychiatrisch-sociaal werksters werkzaam buiten de MOB's: in de kinderbescherming, bij BLGM's en ten behoeve van opleidingsinstellingen als scholen voor maatschappelijk werk en universiteiten. Lekkerkerker 1955a, 339.

[2274] Schlatmann en Wolff 1985.

[2275] De staf van het Amsterdamse MOB bestond eind jaren veertig uit vier in deeltijd werkende psychiaters, twee kinderartsen in deeltijd, drie psychiatrisch-sociaal werksters voor de volle werktijd en een administratrice. Tibout 1948, 28.

[2276] Tibout 1948, 195, 199, 268.

> nu op meer constructieve wijze kan denken en spreken over problemen, waarin men was vastgelopen, kan belangrijke ontspanning teweeg brengen.

Dit 'therapeutisch proces', naar aanleiding waarvan de ouders zelf tot oplossingen moesten komen, vormde de kern van de werkwijze van de MOB's.[2277]

Deze psychologiserende benadering, waarin zelfreflectie een belangrijke plaats innam, bracht met zich mee dat het MOB een wat elitair imago kreeg, hoewel Lekkerkerker in 1952 beweerde dat het publiek er vertrouwd mee was geraakt en dat de tijd voorbij was waarin deze instelling gold 'als een maatschappelijke "luxe" of de particuliere "hobby" van een kleine groep'. Kinderen en jeugdigen met ernstige psychiatrische stoornissen behoorden niet tot de doelgroep, zo benadrukte Lekkerkerker. Zij konden naar een groeiend aantal jeugdpsychiatrische afdelingen van sociaal-psychiatrische diensten, kinderpsychiatrische poliklinieken en pedologische instituten worden verwezen.[2278] Van de ongeveer 4.300 kinderen die tussen 1928 en 1948 op het Amsterdamse MOB waren onderzocht, werden er rond 700 doorverwezen naar andere instanties. Tibout meldde dat van de ruim 500 in 1946 bij het Amsterdamse MOB aangemelde kinderen - zo'n 330 jongens en tegen de 180 meisjes, de meeste tussen de 5 en 15 jaar oud - meer dan 140 onderzocht werden vanwege voogdijkwesties, bijna 70 vanwege verstandelijke tekortkomingen, krap 70 vanwege gedragsmoeilijkheden en ruim 60 vanwege psychische problemen als zenuwachtigheid en angstgevoelens. In meer dan 120 gevallen hadden de ouders het initiatief genomen om de hulp van het MOB in te roepen, de rest was door andere instellingen verwezen.[2279] Slechts een deel van de kinderen, aldus Tibout, kwam in aanmerking voor een psychoanalytische behandeling, die vier contacten van een uur per week vergde en al gauw anderhalf à twee jaar duurde. Het is dan ook niet aannemelijk dat dergelijke intensieve behandelingen veelvuldig in MOB's plaatsvonden. Bij de ouderen was 'introspectief vermogen' vereist en bij de jongeren 'een voldoend sterke gezonde statische persoonlijkheid […] dat de Ich-vorming, de intelligentie en de verdere structurele ontwikkeling ongeveer adaequaat zijn aan het leeftijdsniveau'.[2280]

Er zijn aanwijzingen dat kinderen uit de middenklasse oververtegenwoordigd waren in de MOB's en soms gaven de hulpverleners ook expliciet aan dat ze aan deze groep de voorkeur gaven.[2281] Tibout meldde dat het aandeel van onkerkelijken groter was dan dat in de bevolking als geheel en tevens dat het overgrote deel, zestig procent van de cliënten, uit de geschoolde arbeidersstand en kleine middenstand afkomstig was.[2282] Dit gold niet alleen voor het Amsterdamse MOB; in het jaarverslag over 1956 van het MOB in Breda is te lezen dat 'een zekere maatschappelijke welstand gewenst is, wil het MOB-onderzoek en behandeling vruchtdragend zijn. Immers dan is men niet meer bevangen in *the struggle for life*. Dan kan men ook oog hebben voor het geestelijke in de mens.'[2283]

[2277] Lekkerkerker 1952a, 20-21.
[2278] Lekkerkerker 1952a, 12, 27; vergelijk Kraft 1963.
[2279] Tibout 1948, 28, 106-107.
[2280] Tibout 1948, 297-299.
[2281] Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 31; Bruyel en Van Meurs 1964.
[2282] Tibout 1948, 108.
[2283] Willemsen 2001, 113, 133.

Volgens Lekkerkerker konden de bureaus moeilijk hulp bieden als slechte sociale omstandigheden 'een gunstige ontwikkeling van het kind' belemmerden.

> Omdat medewerking van de ouders zulk een belangrijk element vormt, zijn het over het geheel juist de betere ouders, die komen en door de bureaux worden aangenomen, zij, die zo zorgzaam zijn, dat zij de moeilijkheden van de kinderen opmerken en ze ernstig nemen, en intelligent genoeg om de betekenis van het bureau te begrijpen. Zij zijn van alle rangen en standen, doch de meesten behoren wel tot de geschoolde arbeiders- of kleine middenstand, en maar heel weinigen tot de allerlaagste of de onmaatschappelijke klassen (behalve dan bij de 'onvrijwillige' [door voogdijraden en justitie aangereikte] gevallen), terwijl er uiteraard ook relatief veel intellectuelen onder zijn.

Door middel van een selectieve intake moesten de MOB's volgens haar vasthouden aan de hoge eisen die ze aan hun clientèle stelden ten einde te voorkomen dat hun werkwijze 'oppervlakkig' werd.[2284] De lange wachtlijsten en hoge behandelkosten van sommige MOB's versterkten hun reputatie als min of meer kieskeurige en exclusieve instellingen.[2285]

Ondanks dit imago verspreidden de MOB's zich in de jaren vijftig vanuit de grote steden in het Westen over het hele land. Rond 1950 bestonden er 15 MOB's, waarvan er 10 in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Utrecht waren gevestigd Daaraan waren 31 psychiatrisch-sociaal werksters en 16 gewone maatschappelijk werksters voltijds en 30 psychiaters, 23 psychologen en 17 kinderartsen in deeltijd verbonden.[2286] Buiten de randstad was de psychohygiënische hulpverlening voor kinderen overwegend in handen van in totaal 28 consultatiebureaus voor 'opvoedingsmoeilijkheden', waarvan 20 een katholieke en 4 een protestants-christelijke signatuur hadden. Deze toen nog niet als MOB erkende instellingen waren veel bescheidener van opzet en hadden geen psychiatrisch-sociaal werksters in dienst. Kinderartsen of psychiaters verzorgden met bijstand van sociaal-psychiatrisch verpleegsters de wekelijkse of tweewekelijkse spreekuren.[2287]

In 1962 was het aantal MOB's gegroeid tot maar liefst 71, waarvan 35 een neutrale, 30 een katholieke, 5 een protestants-christelijke en één een joodse signatuur hadden. In totaal verzorgden zij met een gemiddelde frequentie van een of twee keer per week verspreid over het hele land spreekuren op zo'n 100 adressen.[2288] Bij alle MOB's tezamen waren in het midden van de jaren zestig bijna 150 maatschappelijk werkers (van wie ruim 100 psychiatrisch-sociaal werksters), 113 psychiaters, ruim 90 psychologen, 70 kinderartsen en nog 30 andere hulpverleners werkzaam. Jaarlijks namen ze ruim 7.000 kinderen in onderzoek, van wie er tussen de 1.000 en 1.500 daadwerkelijk op het MOB

[2284] Lekkerkerker 1952a, 29-30, 42; Lekkerkerker 1952b, 299.
[2285] Lekkerkerker 1955a, 340.
[2286] Lekkerkerker 1952a, 7, 10.
[2287] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 54-62.
[2288] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 303-313; Lekkerkerker 1955a, 337.

werden behandeld, hetgeen nogmaals de selectiviteit van de MOB's onderstreept.[2289] Naast een bijdrage uit het Preventiefonds, kregen MOB's subsidies van gemeenten, provincies, het rijk en het kinderpostzegelfonds. In 1959 kwam er een formele rijkssubsidieregeling van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid tot stand en daarnaast vergoedde het Ministerie van Justitie onderzoek in het kader voogdijkwesties. De totale overheidssubsidies stegen tussen 1955 en 1963 van krap 900.000 naar bijna vier miljoen gulden. Cliënten droegen naar draagkracht in de behandelingskosten bij.[2290]

Naast de neutrale bureaus van de Nederlandse Federatie van MOB's, waaraan al voor de oorlog hoge professionele eisen werden gesteld, kwamen er steeds meer confessionele, vooral katholieke voorzieningen. Katholieken wilden met behoud van hun confessionele identiteit profiteren van de groeiende subsidies en zetten onder de vleugels van de in 1949 opgerichte Stichting Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus hun eigen MOB's op of vernieuwden de oudere consultatiebureaus voor moeilijke kinderen, waardoor deze op voet van gelijkheid met die van de Federatie gesubsidieerd konden worden. Hoewel de katholieken naar voren brachten dat advies en hulp bij opvoedingsmoeilijkheden vanwege het sterk normatieve karakter daarvan niet neutraal konden zijn, wezen zij professionele werkwijzen niet af, maar absorbeerden zij deze om hun eigen verzuilde instellingen te versterken. Een en ander bracht soms strubbelingen met zich mee met de geestelijkheid, die MOB's als concurrent zagen op het gebied van de zielzorg.[2291] De katholieke bureaus namen de beginselen van de Federatie in grote lijnen over en voegden daar het uitdragen en bewaken van de katholieke normen en waarden als doelstelling aan toe, waarop een priester zich zou moeten toeleggen. Het was echter niet noodzakelijk dat de priester tot de vaste staf toetrad; zijn deelname was niet onomstreden onder de professionele hulpverleners. Door de introductie van het *social casework* en de sterke positie van psychologen - er heerste een tekort aan katholieke psychiaters - kregen de katholieke bureaus al gauw een meer psychohygiënische dan pastorale invulling en gingen zij steeds meer op de neutrale en protestantse MOB's lijken.[2292] Het grootste verschil ten opzichte van de niet-katholieke bureaus was een meer sociaal-psychologische en minder psychoanalytische aanpak. Dit nam niet weg dat in alle MOB's vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief en met name onder invloed van de *attachment*theorie van J. Bowlby grote waarde werd gehecht aan continue zorg, affectieve geborgenheid en begripsvolle begeleiding als essentiële voorwaarden voor een gezonde opvoeding van kinderen, waarbij vooral moeders een grote verantwoordelijkheid kregen toebedacht.[2293]

3.7.5. *Psychotherapie en het Instituut voor Medische Psychotherapie*

Psychotherapie, vooral de psychoanalytische variant, werd voornamelijk beoefend in particuliere praktijken voor beter gesitueerde en bemiddelde patiënten. Al in de jaren

---

[2289] Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 31; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 28; Centraal Bureau voor de Statistiek 1963, 28; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 30; vergelijk Kraft 1963, 19-20.
[2290] Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 53; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 60; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 68.
[2291] Willemsen 2001, 93.
[2292] Westhoff 1996, 146-154, 203-212, 217.
[2293] Abma 1997, 24; vergelijk Van Berkel 1990.

dertig hadden de NVPT, Rümke en K.H. Bouman gepleit voor een ruimere toegankelijkheid tot deze behandeling. Ten tijde van de Duitse inval was het Amsterdamse IMP opgericht om mensen met neurotische klachten als gevolg van de oorlogsomstandigheden psychotherapeutische hulp te bieden, maar de veronderstelling was dat hieraan ook na de oorlog behoefte zou bestaan, vooral vanwege het verlies aan zekerheden in de snel veranderende maatschappij.[2294] Er waren direct na de oorlog inderdaad aanwijzingen dat het aantal mensen met psychische klachten was toegenomen. Zo zagen huisartsen zich na de oorlog geconfronteerd met een groeiende toeloop van patiënten bij wie ze geen somatische aandoeningen konden vinden. Die groei hing wellicht samen met het wegvallen van de financiële drempel in verband met de ziekenfondsverzekering. Veel huisartsen bestempelden deze patiënten als profiteurs, maar anderen brachten naar voren dat het om geestelijke ongezondheid, in het bijzonder om neurosen ging, die hun aandacht verdienden.[2295]

Aanvankelijk waren het vooral artsen die patiënten naar het IMP doorverwezen. Vanwege het beperkte budget en de geringe mankracht en ook om de effectiviteit van het instituut te onderstrepen, ging de voorkeur uit naar cliënten die met een kortdurende behandeling te helpen waren. Het grote aantal afgewezen cliënten - tussen 20 en 35 procent - hing ook samen met de onduidelijkheid die er onder verwijzers en patiënten bestond over wat psychotherapie inhield en voor welke problemen deze bedoeld was. Vlak na de oorlog groeide de toeloop naar het IMP van 90 naar ruim 200 cliënten per jaar om in de jaren vijftig weer te dalen tot gemiddeld rond de 150.[2296]

In de eerste decennia van zijn bestaan kampte het IMP met verschillende problemen. Tussen de twee directeuren, de vooraanstaande psychoanalytici Van der Hoop en Van der Waals, ontstond een jarenlang voortslepend conflict over het karakter en de duur van psychotherapieën en de toepassing van de psychoanalyse. Van der Hoop hield minder strikt dan Van der Waals vast aan de klassieke psychoanalyse. Deze werd volgens de eerste te eenzijdig toegepast en neigde ook naar 'dogmatische verstarring' en een 'sectegeest'.[2297] Volgens hem was de Freudiaanse psychoanalyse te tijdrovend en voor de meeste patiënten te hoog gegrepen: zij was te individualistisch en bood hen te weinig moreel houvast. Voor 'de gemiddelde mensch en vooral de eenvoudige mensch' zou een korte, 'leidinggevende' therapie met pedagogische elementen, geënt op A. Adlers psychologie, geschikter zijn om 'levensproblemen' op te lossen. [2298] Met steun van de gemeente, die het IMP financierde, won Van der Hoop het pleit. Daarop richtte de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, die Van der Waals' voorkeur voor langere, diepgravende therapieën deelde, in 1946 een eigen instelling in Amsterdam op, het Psychoanalytisch Instituut.[2299]

In de psychiatrische wereld deelden invloedrijke hoogleraren als K.H. Bouman en Rümke Van der Hoops visie op psychotherapie. Ook zij lieten zich kritisch uit over de

---

[2294] Zie 3.5.1. Oorlogspsychosen en -neurosen.
[2295] Mol en Van Lieshout 1989, 95-98. Huisartsen probeerden vanaf het eind van de jaren vijftig hun vak een nieuwe identiteit te geven door zich ook op mensen met psychische en sociale klachten te richten en zich toe te leggen op gesprekstechnieken. Vanaf de jaren zeventig zou het aantal mensen dat met psychosomatische en psychosociale klachten bij de huisarts aanklopte, sterk groeien.
[2296] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 48, 65.
[2297] Van der Hoop 1941, 124; Van der Hoop 1944, 301-302.
[2298] Van der Hoop 1941, 121; vergelijk Van der Hoop 1944; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 54.
[2299] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 44-48.

eenkennigheid van orthodoxe psychoanalytici en spraken zich uit voor snel werkende psychotherapie.[2300] Binnen de psychoanalytische vereniging moest Van der Hoop het echter afleggen tegen Van der Waals en J. Lampl-de Groot, de voorstanders van de orthodoxe analyse. De onenigheid spitste zich verder toe op de zeggenschap over de opleiding, een kwestie die voor de oorlog ook al voor verdeeldheid onder psychoanalytici had gezorgd. Aangezien Van der Hoop geen erkenning kreeg als leeranalyticus, stapte hij uit de Vereniging en richtte hij in 1949 samen met de al eerder uitgetreden Westerman Holstijn, die de 'verstarrende en borneerende werking' en 'het groepsnarcisme' in psychoanalytische kring laakte, het Psychoanalytisch Genootschap op. Daaruit kwam in 1956 in Utrecht een tweede IMP voort, dat zowel lang- als kortdurende behandelingen aanbood.[2301] Het Genootschap, dat geen erkenning verkreeg van de Internationale Psychoanalytische Vereniging, was rekkelijker in de Freudiaanse leer en hanteerde minder strenge toelatings- en opleidingseisen dan de Vereniging: naast artsen konden ook psychologen en maatschappelijk werkers lid worden. Het Genootschap onderhield nauwe contacten met Rümke en zou meer invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de IMP'en dan de Vereniging. De vijandschap tussen de twee organisaties verdween in de loop der jaren overigens naar de achtergrond.[2302]

Ook buiten de psychoanalytische verenigingen ontstond discussie over de scholing van psychotherapeuten. De vereniging voor medisch opgeleide psychotherapeuten, de NVPT, organiseerde conferenties, lezingen en (bij)scholing. Bij de psychiatrische beroepsvereniging, de NVPN, drong zij aan op erkenning van haar cursussen en meer aandacht voor psychotherapie in de psychiatrische opleiding. De Commissie voor de Opleiding en Registratie van de NVPN stelde in 1944 voor om onder auspiciën van deze vereniging in de opleiding tot zenuwarts plaats te maken voor een cursus psychotherapie.[2303] Een aantal leden van de NVPN, K.H. Bouman, Rümke, Carp, Van der Horst, Van der Hoop, Westerman Holstijn en Engelhard, wezen op de noodzaak om in het belang van de geestelijke volksgezondheid meer psychiaters in de psychotherapie te scholen. Het bestuur stelde in 1946 een commissie Opleiding Psychotherapie onder voorzitterschap van Rümke in om zich te buigen over de vraag hoe de psychotherapeutische scholing het beste vorm kon krijgen. In de discussie daarover in de NVPN gaven de meeste woordvoerders er de voorkeur aan de psychotherapeutische scholing in de algemene opleiding te integreren. Carp was de enige die zich uitsprak voor een aparte specialistische psychotherapeutische scholing gedurende twee jaar na de algemene driejarige opleiding tot zenuwarts, waarvoor dan ook een aparte registratie zou moeten komen.[2304]

Van deze voorstellen om meer systematisch aandacht aan psychotherapie te schenken in de psychiatrische opleiding kwam vooralsnog echter weinig terecht, vooral vanwege de onenigheid tussen psychoanalytici, die een leeranalyse absoluut noodzakelijk achtten, en zenuwartsen, die een minder exclusieve en veeleisende scholing

---

[2300] Bouman 1944, 257; Rümke 1944, 270.
[2301] Bouman et al. 1947, 337; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 114; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 220; Aarsen 1985, 5.
[2302] Gerritsma en Wissink 1997; Brinkgreve 1984, 206-213.
[2303] Notulen vergadering bestuur NVPN 17-3-1944, Archief NVPN.
[2304] Kraus 1947; Van der Horst 1947; Engelhard 1947; Bouman et al. 1947; Carp 1947.

voorstonden.[2305] Opleidingen tot psychotherapeut werden wel verzorgd door de Vereniging voor Psychoanalyse, de NVPT en de specialistische psychotherapieverenigingen, die vanaf het eind van de jaren vijftig ontstonden. Ook in de psychiatrieopleidingen van de universiteiten van Amsterdam en Leiden was aandacht voor psychotherapie. Voor zover zenuwartsen psychotherapie beoefenden, kregen sommigen, ook onder invloed van nieuwe uit Amerika afkomstige theorieën en behandelingen, wat meer oog voor meer systematische en methodisch onderbouwde toepassingen ervan. De meesten beschouwden psychotherapie evenwel als een integraal onderdeel van hun vak, zonder dat ze er een specifieke opleiding voor hadden gevolgd. Dit was min of meer vanzelfsprekend zolang zij op dit terrein geen concurrentie ondervonden van andere beroepsgroepen. Hierin kwam vanaf het eind van de jaren vijftig echter verandering, toen een groeiend aantal klinisch psychologen zich ging toeleggen op psychotherapie en zich daarbij profileerde met nieuwe benaderingen.

In het interbellum waren de eerste vormen van psychologische dienstverlening op het gebied van beroepskeuze, personeelsselectie, opvoeding en onderwijs ontstaan en deze breidden zich in de naoorlogse jaren uit. Door de industrialisering won de selectie van geschikt personeel en de rationele organisatie van de arbeid aan belang en deden bedrijfspsychologen hun intrede. De psychologische theorieën over temperament en karakter, waarvoor G. Heymans de basis had gelegd, kregen voortzetting in het naoorlogse personalistische en fenomenologische denken over persoonlijkheidsvorming en zelfontplooiing.[2306] We hebben eerder gezien dat in de loop van de jaren vijftig een toenemend aantal psychologen werk vond in psychiatrische inrichtingen. De klinische psychologie ontwikkelde zich in de jaren vijftig als een belangrijke specialisatie binnen de universitaire opleiding en het beroep van psycholoog. J.J. Dijkhuis, de eerste psycholoog met een aanstelling in een psychiatrische inrichting, nam in 1949 het initiatief tot de oprichting van het Gezelschap voor Klinische Psychologie, dat in 1956 een sectie van de beroepsvereniging, het Nederlands Instituut van (Praktiserende) Psychologen (NIPP), werd.[2307] Door zich naast het diagnostisch onderzoek ook met andere werkzaamheden te profileren, zoals het ontwikkelen, evalueren en mede uitvoeren van nieuwe therapieën, verwierven zij geleidelijk aan meer zelfstandigheid ten opzichte van de medici. Sommigen gingen zich bezighouden met psychotherapie. H.R. Wijngaarden, verbonden aan de Vrije Universiteit, was een van de eerste psychologen die zich onafhankelijk van artsen en mede vanwege zijn interesse voor de relatie tussen geloof en geestelijke gezondheid op dit terrein - hij sprak van 'conflictuologie' - gingen begeven. Door zich toe te leggen op nieuwe therapievormen, die een alternatief vormden voor de voornamelijk door medici toegepaste psychoanalyse, konden psychologen een nieuw behandeldomein claimen. Zij schoven in het bijzonder de *counseling* van de Amerikaan C. Rogers en de op het behaviorisme gebaseerde gedragstherapie als specifiek psychologische behandelingsvormen naar voren. [2308]

De Rogeriaanse therapie, die was gebaseerd op een optimistisch geloof in de mogelijkheid van het individu tot groei en ontplooiing, gold als een voor cliënten

---

[2305] Abma en Weijers 2005, 101-104.
[2306] Van Ginneken et al. 1986; Veldkamp en Van Drunen 1988; Dehue 1990; Van Strien 1993.
[2307] Wopereis 1988.
[2308] Van Strien 1993, 43; Dehue 1990, 148-161; Veldkamp en Van Drunen 1988, 58, 76-83; Heuves 1997; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 43.

gemakkelijk toegankelijke psychotherapeutische methode. Deze was vanaf het eind van de jaren veertig al toegepast door psychiaters als Rümke en Baan bij psychiatrische patiënten en psychisch gestoorde delinquenten, door psychiaters in het leger en door huisartsen bij patiënten met psychosociale problemen. Samen met de psychiater J.Th. Cremers nam Dijkhuis in 1962 het initiatief tot de oprichting van de Vereniging voor Rogeriaanse therapie, die in 1969 een eigen psychotherapeutische opleiding startte.[2309]

De klinisch-psycholoog J.T Barendregt, één van de eersten die zich als diagnostisch onderzoeker onafhankelijk van en kritisch ten opzichte van de psychiatrie opstelde, werd de voorman van de gedragstherapie. Barendregt, die zijn loopbaan was begonnen in de psychiatrische kliniek van het Wilhelmina Gasthuis met onderzoek naar de relatie tussen psychosomatische aandoeningen en de persoonlijkheidsstructuur, werd in 1954 door de directeur van het Psychoanalytisch Instituut, Bastiaans, gevraagd om empirisch onderzoek te verrichten naar de effecten van de psychoanalytische therapie. Dit verzoek was mede ingegeven door een geruchtmakend artikel van de Britse psycholoog H.J. Eysenck, waarin deze beweerde dat psychotherapie geen meetbaar resultaat opleverde.[2310] Door middel van psychologische tests onderzocht Barendregt 315 neurotische patiënten die met psychoanalyse, een andere vorm van psychotherapie of niet waren behandeld. In 1961 rapporteerde hij samen met Bastiaans de resultaten van het onderzoek aan het bestuur van het Psychoanalytisch Instituut. Psychoanalyse en andere psychotherapieën bleken geen meetbare effecten te hebben en de behandelde patiënten waren in vergelijking met de onbehandelde zelfs neurotischer geworden. Het bestuur verbood openbaarmaking van deze vernietigende conclusies, maar Barendregt, die in 1962 hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam werd, brak met de psychoanalyse - hij volgde aanvankelijk een leeranalyse - en bracht ze toch naar buiten.[2311] Door zich toe te leggen op meer natuurwetenschappelijk georiënteerde, kwantificerende methodologieën accentueerde hij de verzelfstandiging van de klinische psychologie ten opzichte van de psychiatrie en de psychoanalyse in het bijzonder. Mede op basis van een onderzoek naar fobieën op het Psychologisch Instituut van de Gemeente Universiteit van Amsterdam ging hij zich richten op de gedragstherapie, waarvan de effecten wetenschappelijk beter zouden zijn te verantwoorden.

In de jaren zestig begon de opmars van de psychologen in de psychotherapeutische hulpverlening. Begin jaren vijftig al hielden de psychologen Buytendijk en D.J. van Lennep lezingen voor de NVPT, die alleen medici als lid toeliet. J.H. Dijkhuis, broer van J.J. Dijkhuis en directeur van het Utrechtse IMP, was de eerste klinisch psycholoog die, op persoonlijke titel, lid van de NVPT werd. Twee jaar later, in 1963, werd hij aan de Universiteit van Utrecht lector en vervolgens in 1965 hoogleraar in de niet-medische psychotherapie. In 1966 werden de eerste psychologen als therapeut aangesteld op het Amsterdamse IMP en kregen zij officieel toegang tot de NVPT.[2312] In de eerste twee decennia na de Tweede Wereldoorlog was psychotherapie echter nog voornamelijk een beroepsactiviteit van psychiaters en meer in het bijzonder van psychoanalytici. Het aantal van hen dat zich uitdrukkelijk als psychotherapeut afficheerde, verdubbelde tussen 1945 en het begin van de jaren zestig van rond de 75 naar

[2309] Swildens 1980, 246; Eisenga 1987.
[2310] Smit-Beek 1971; vergelijk Abma 2006.
[2311] De Waardt 2005, 189-190, 220-221.
[2312] Dehue 1990, 124-143; Van Strien 1993, 118-120.

ongeveer 150.[2313] Voor zover zij extramuraal werkten, exploiteerden de meesten particuliere praktijken. Het aantal psychotherapeutische instituten bleef voor het midden van de jaren zestig beperkt tot vier. Naast de Amsterdamse en Utrechtse IMP'en en het Psychoanalytisch Instituut kwam er in 1963 nog een IMP in Leeuwarden tot stand. Plannen om in Rotterdam en Den Haag en daarnaast ook aparte katholieke IMP'en op te richten kwamen niet tot uitvoering.[2314] Aan het Amsterdamse IMP waren rond 1950 naast een directeur 13 zenuwartsen en 7 andere artsen verbonden en het Psychoanalytisch Instituut had 7 vaste medewerkers.[2315]

In de jaren vijftig behandelden de Amsterdamse en Utrechtse IMP'en jaarlijks in totaal niet meer dan driehonderd cliënten.[2316] Het duurde tot de tweede helft van de jaren zestig voordat andere grote steden IMP'en kregen en de clientèle massaler werd. Gebrek aan financieringsmogelijkheden, onduidelijkheid over zijn plaats in de (geestelijke) gezondheidszorg en vooral de geringe bekendheid met psychotherapie bij het grote publiek speelden het IMP parten. Psychotherapie bleef vooralsnog een vrij elitaire aangelegenheid. Alleen in Amsterdam en later ook in Utrecht vergoedde de Sociale Dienst psychotherapie voor mensen beneden een zekere welstandsgrens.[2317] Bij andere gemeentebesturen bestond minder bereidheid psychotherapie op deze manier te bekostigen. Hoewel psychotherapie nog voornamelijk een zaak was van artsen, gold zij voor de financiers van de gezondheidszorg niet als medische behandeling en lukte het vooralsnog niet om haar vanuit het Ziekenfonds vergoed te krijgen. In 1959 kwam er wel een proefregeling waardoor het Ziekenfonds bijdroeg aan de kosten van maximaal tien psychotherapiezittingen van 45 minuten, maar deze gold alleen voor vrijgevestigde zenuwartsen en niet voor de instituutspsychotherapie.[2318] Binnen de geestelijke gezondheidszorg voldeed het IMP niet aan de landelijke subsidieregelingen die in deze sector golden, zoals een multidisciplinaire samenstelling van de staf en een dito werkwijze.[2319] Vanwege het gebrek aan financiële middelen moest het Amsterdamse IMP zijn spreekuur soms tijdelijk sluiten en patiënten die veel tijd zouden vergen, afwijzen. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig zou de toegankelijkheid van instituutspsychotherapie op basis van vergoedingen vanuit het sociale verzekeringsstelsel in heel Nederland worden vergroot.

Evenals het MOB nam het IMP selectief patiënten in behandeling, niet alleen vanwege een krap budget, maar ook om andere redenen. Onder het publiek was het aanvankelijk onduidelijk voor welk soort moeilijkheden het IMP bedoeld was en wie in aanmerking kwam voor behandeling. Het werkgebied van de psychotherapie was evenmin als dat van andere instellingen gegeven maar het moest deels worden afgebakend van dat van andere hulpverleners die zich ook bezighielden met allerlei persoonlijke moeilijkheden: dominees, priesters en andere geestelijk raadslieden, huisartsen, maatschappelijk werkers en zenuwartsen die in poliklinieken spreekuren

---

[2313] Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 2.
[2314] Van der Grinten 1987a, 237-241; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 114.
[2315] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 74-75.
[2316] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 48, 65; Fischer 1970, 42.
[2317] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 66, 220.
[2318] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
[2319] Van der Grinten 1987a, 241.

hielden.[2320] Het IMP profileerde zich als neutrale, niet-levensbeschouwelijke instelling, waarin de uitsluitend psychologische behandeling zich toespitste op het individu los van diens leefomgeving en sociale achtergrond. Volgens de eerste directeur van het Utrechtse IMP, de psychiater A. Poslavsky, hing deze aanpak samen met maatschappelijke en culturele veranderingen. 'Wij […] bevinden ons niet alleen in een periode van een zeer snelle verandering, maar misschien nog meer van disharmonische ontwikkeling, waardoor onze cultuur a.h.w. een verbrokkeld karakter draagt, geen eenheid is waarin men zich gemakkelijk voegen kan', zo stelde hij in zijn rede ter gelegenheid van de opening van het instituut.

> In mindere mate dan vroeger is men vanzelf in een bepaalde omschreven groep opgenomen, waarin men richtlijnen en normen voor het gedrag onder allerlei omstandigheden vindt. Moge dit tot grotere zelfstandigheid en vrijheid van het individu leiden, tegelijk wordt veel meer van hem gevergd aan persoonlijke beslissing, waarvoor hij niet op de normen van gemeenschap kan terugvallen. Duidelijk tekent zich dit af bij diegenen, die belast zijn met leiding geven en opvoeden. Waren enkele decennia geleden bepaalde gedragswijzen t.a.v. ondergeschikten of kinderen nog vanzelfsprekend, thans zien wij tallozen hierover in onzekerheid verkeren. […] Grotere vrijheid en zelfstandigheid worden verworven ten koste van een verlies aan geborgenheid in - en bescherming door - een groep, waar men zonder meer deel van uitmaakt.[2321]

Veel mensen wisten niet meer precies wat er van hen verwacht werd en de maatschappelijke verhoudingen boden geen kompas meer, waardoor zij meer op zichzelf werden teruggeworpen. Psychotherapie, zo leek Poslavsky te willen zeggen, kwam tegemoet aan deze sociale ontworteling van het individu.

Psychotherapie veronderstelde een hoge graad van individuele autonomie: de erkenning van de innerlijke beleving als apart en belangrijk domein van het menselijk bestaan onafhankelijk van de maatschappelijke rollen die mensen vervullen, alsmede de bereidheid om het persoonlijke gevoelsleven bloot te leggen voor een vreemde en om een soort van bekentenis af te leggen zonder zich schuldig te voelen of bevreesd te zijn voor maatschappelijke repercussies. Zo'n benadering sloot echter niet direct aan bij de dagelijkse ervaring van het grote publiek en het was er niet vertrouwd mee.[2322] Psychotherapie was een heel specifieke manier om van moeilijkheden, zoals mensen die in hun leven ervoeren, behandelbare problemen te maken. Om voor een psychotherapeutische behandeling in aanmerking te komen dienden ze 'protoprofessioneel' onderlegd te zijn, dat wil zeggen: zij moesten zich tot op zekere hoogte de grondhoudingen, de interpretatieschema's en de omgangsregels van de deskundigen eigen hebben gemaakt. De mate van 'protoprofessionalisering' werd bepaald door de sociale netwerken waarin mensen zich bewogen en hun nabijheid tot kringen die al vertrouwd waren met psychotherapie. In de jaren vijftig was de reikwijdte van deze kringen nog zeer beperkt. De psychotherapeutische behandelingsmethodiek bracht

---

[2320] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 63; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27-29.
[2321] Poslavsky 1956, 250.
[2322] Marlet 1962, 66-67; vergelijk Schnabel 1995, 162-165.

onvermijdelijk met zich mee dat selectie op basis van persoonlijke geschiktheid plaatsvond. Naarmate de criteria, zoals introspectie, verbale begaafdheid, distantievermogen, zelfverwerkelijking en eigen initiatief, zich duidelijker uitkristalliseerden, nam het aandeel van de laaggeschoolden af en steeg het aandeel van de hoger opgeleiden.[2323] Waarschijnlijk waren studenten sterk vertegenwoordigd onder de clientèle van het Amsterdamse IMP. Vanaf 1947 verwees de universitaire gezondheidsdienst studenten door naar het IMP.[2324] Dat het IMP zijn cliënten in toenemende mate selecteerde op geschiktheid bleek ook uit zijn veranderende verwijsrelatie met de sociaal-psychiatrische afdeling van de Amsterdamse GG en GD. Terwijl de laatste aanvankelijk mensen doorstuurde naar het IMP, verwees dit in de jaren vijftig in toenemende mate (terug) naar de sociale psychiatrie en bestonden er in de jaren zestig nauwelijks contacten meer tussen de twee voorzieningen; inmiddels bedienden ze volkomen verschillende groepen.[2325]

3.7.6. *Psychotherapie en zielzorg*

Behalve de geringe vertrouwdheid van het publiek met psychotherapie, stonden christelijke weerstanden de verspreiding van deze behandelwijze in de weg. Vooral katholieken zagen haar als concurrent voor de zielzorg en als bedreiging voor de kerkelijke moraal.[2326] In Hervormde kring bestond blijkbaar minder vrees hiervoor: het Amsterdamse IMP bijvoorbeeld werkte nauw samen met de plaatselijke Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid, terwijl zowel de katholieken als de gereformeerden in de hoofdstad afzijdig bleven. Vooraanstaande psychotherapeuten deden hun best om het wantrouwen van gelovigen weg te nemen. Zo onderbouwde Van der Hoop zijn voorkeur voor Adler en Jung boven Freud met het argument dat de benadering van de eerste twee beter recht deed aan religieuze en morele waarden. Rümke bepleitte een 'appèllerende psychotherapie', die rekening hield met godsdienstige of 'andere menschelijke waarden.' De meest prominente katholieke psychiater die psychotherapie bedreef, Carp, distantieerde zich met zijn fenomenologische oriëntatie uitdrukkelijk van het zijns inziens eenzijdig naturalistische mensbeeld in de psychoanalyse, waarin de aandacht zich toespitste op het driftleven. In de psychotherapie moesten volgens hem 'de individueele vrijheid en zelfverantwoordelijkheid' en de mens 'als schepper van waarden' centraal staan.[2327] Ook de 'antropologische psychotherapie' waarmee Van der Horst met veel verwijzingen naar filosofen als J.P. Sartre en M. Heidegger stelling nam tegen elke vorm van wetenschappelijk reductionisme, hield zich verre van elke godsdienstvijandigheid. Overigens waren diens filosofische beschouwingen over de existentiële nood van de mens voor enkele collega's wat al te zweverig, getuige Van der Waals' meesmuilende reactie op een voordracht van Van der Horst over 'antropologische psychotherapie': 'I have listened to Professor van der Horst's address with great interest. The magic art of language cultivated by Heidegger and Sartre

---

[2323] De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 29-32; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 149-158; vergelijk Marlet 1962, 51, 54.
[2324] De Waardt 2005, 188.
[2325] Akkermans 2006, 139.
[2326] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27; Oosterhuis 1992, 125-134; Westhoff 1996, 279-305.
[2327] Van der Hoop 1944; Rümke 1944, 270; Carp 1944, 326, 331; vergelijk Carp 1959.

is very charming and I greatly admire the way in which Professor van der Horst brought this siren song before us to the life [sic].'[2328]

Westerman Holstijn daarentegen achtte psychotherapie moeilijk verenigbaar met godsdienst en kritiseerde collega's die de christelijke moraal met hun professionele ethos meenden te kunnen verenigen. De psychotherapeut diende open en begripvol te staan

> tegenover álles wat het leven produceert. Wie zijn patiënt een naren, viezen vent, een akelige, belachelijke juffrouw, een zondig mensch vindt, voldoet niet aan den biologischen eisch. […] ik ben zelfs van meening dat het hooghouden van een 'moraal' (in der zin van op autoriteit van binnen of buiten geëischte, *objectief geldende* regels voor handelen en denken) op een primitieve denkwijze berust en den mensch meer schade doet dan goed.

Psychotherapie was volgens Westerman Holstijn alleen zinvol op basis van een biologisch-vitalistisch mensbeeld, dat ruimte bood aan 'de vrije ontplooiing der driftnatuur en het vrije associeeren […] het vrije voelen en denken', ook als die tot 'zondige wegen' leidden. Godsdienstige mensen die dat niet accepteerden, konden zich dan ook beter verre houden van psychotherapie.[2329] Hoewel Westerman Holstijns uitgesproken opvattingen niet representatief waren voor het psychotherapeutische ideeëngoed in het algemeen, beantwoordden ze blijkbaar wel aan het beeld dat veel gelovigen ervan hadden.

In de katholieke wereld was psychotherapie rond 1950 de inzet van scherpe conflicten tussen enerzijds geestelijken en woordvoerders van de R.K. Artsenvereniging en anderzijds psychiaters en psychologen die het psychohygiënische ideeëngoed vertolkten. De verhouding tussen religieuze normen en geestelijke gezondheid was in het geding. Met veel omhaal van woorden lieten psychiaters en psychologen op studiebijeenkomsten over heikele onderwerpen als het 'masturbatievraagstuk' en de psychoanalyse doorschemeren dat geestelijke gezondheid niet altijd naadloos samenviel met wat de roomse moraal voorschreef. Priesters en veel artsen zouden bij gebrek aan psychologische deskundigheid te veel moraliseren als ze met psychische en seksuele problemen te maken kregen. Wat van buitenaf zonde leek, zo betoogden psychiaters en psychologen, was bij nader inzien te begrijpen in het licht van de innerlijke ontwikkeling van mensen. Zo was het bijvoorbeeld beter om seksuele moeilijkheden als psychologische en pedagogische problemen te behandelen dan ze als zonde te veroordelen. Trimbos en Buytendijk laakten openlijk het wantrouwen van de clerus tegen de psychoanalyse en de psychologische onkunde van artsen. Trimbos was in zijn praktijk veel, zoals hij het later noemde, 'seks-ellende' onder geestelijken tegengekomen.

> Bij de celibatairen zag je in een verdicht geheel wat je bij gewone katholieke mensen ook heel vaak zag: het ervaren van seksuele wensen, en het ook wel praktiseren van seksualiteit, maar altijd met die druk van het schuldgevoel er achter [...] Dan kon je wel biechten, dat was een prachtige oplossing, maar het hield toch altijd iets van het niet-goed zijn, van je tekort. [...] Er waren seksueel zeer gestoorde mensen bij. Dwang-masturbanten, die zich zestig of honderd keer

[2328] Van der Horst 1950, 15.
[2329] Westerman Holstijn 1944, 345-346; 351; vergelijk Westerman Holstijn 1950.

per dag probeerden af te trekken - een soort dwanghandeling, verkrampte seksualiteit, dat heeft een ontzettende indruk op me gemaakt.[2330]

Geestelijken keerden zich met steun van artsen die recht in de leer waren, tegen de in hun ogen te begripvolle en toegeeflijke houding van sommige psychiaters en psychologen. Met name de psychotherapeutische behandeling van neurosen met een seksuele achtergrond was een heet hangijzer. Deze kwestie lag des te gevoeliger omdat aan het licht kwam dat sommige seminaristen en kloosterlingen voor hun kuisheidsgelofte een hoge prijs betaalden in de vorm van neurotische aandoeningen, zoals Trimbos blijkbaar had ervaren. De vraag was of zij een psychotherapeutische behandeling mochten ondergaan. Volgens enkele psychiaters werden neurosen in kerkelijke kringen maar al te vaak aangezien voor kwaadwilligheid en ongehoorzaamheid of zelfs zonde, waardoor het schuldgevoel en het psychisch lijden alleen maar verergerden. Hun bewering dat het geloofsleven zich niet volledig kon ontplooien voordat eventueel aanwezige psychische moeilijkheden therapeutisch waren verholpen, stuitte op felle protesten van enkele jezuïeten en woordvoerders van de behoudende R.K. Artsenvereniging. Die brachten naar voren dat psychotherapie onder geen beding ten koste van het christelijke normbesef mocht gaan. Ook al was geestelijke gezondheid een belangrijke waarde, het zielenheil ging boven het aardse welzijn. Er mocht geen twijfel over bestaan 'dat een mens, ook al is hij psychisch lijdende, beter af is, wanneer hij in de hemel komt, dan wanneer hij verloren gaat, al is hij psychisch nog zo gezond'.[2331] Neuroselijders waren niet volledig van morele aansprakelijkheid ontslagen en psychiaters moesten er zich voor hoeden om hun zondige handelingen te verontschuldigen. Sommige psychiaters, zo suggereerde de jezuïet A. van Kol, lichtten de hand met het katholieke leerstuk van de vrije wil en pasten therapieën toe die beslist niet door de beugel konden.[2332]

In 1950 lanceerde Van Kol in het *R.K. Artsenblad* onder bijval van de redactie een felle aanval op de jonge katholieke psychiater A. Terruwe, die in 1949 bij Carp promoveerde op *De neurose in het licht der rationeele psychologie*.[2333] Op basis van de synthese van de thomistische zielkunde en de psychoanalyse die pater W.J.A.J. Duynstee, de geestelijk adviseur van de R.K. Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, in de jaren dertig had geformuleerd, verdedigde Terruwe dat neurotici niet verantwoordelijk waren voor hun ongeregelde seksuele gedragingen. De overheersing van angst en schuld kon leiden tot verdringing van seksuele driften, waardoor deze zich aan de controle van verstand en wil onttrokken. Als de verdrongen seksualiteit zich langs omwegen in een neurose uitte was het niet zinvol de lijder op het zondebesef aan te spreken. Zedelijkheid was afhankelijk van redelijk inzicht en dat was nu juist door hevige angst- en schuldgevoelens geblokkeerd. De gewone zielzorg schoot hier dan ook tekort: de moralistische aanpak van priesters wakkerde de psychische conflicten alleen maar aan en werkte vanuit therapeutisch oogpunt contraproductief. Voor een effectieve behandeling van neurotische stoornissen, zo zette Terruwe in haar proefschrift uiteen, was het noodzakelijk dat patiënten zich bewust werden van hun verdrongen hartstochten en er tijdelijk aan toegaven.[2334] Hoewel zij verzekerde dat het doel van haar therapie - het herstel van de

[2330] Heerma van Voss 1977, 716.
[2331] Mertens 1953, 401.
[2332] Van Kol 1949, 273. Vergelijk Bakker en De Goei 2002c.
[2333] Van Kol 1950.
[2334] Terruwe 1949 en Terruwe 1950.

werking van rede en vrije wil - uiteindelijk in het geheel niet in tegenspraak was met wat de kerk voorschreef, kwalificeerde Van Kol haar opvattingen als een ontoelaatbare inbreuk op de roomse moraal. Neurotici beschikten volgens hem over wilsvrijheid; dáárop en niet op het onbewuste moest de therapeut de behandeling enten.

Het wantrouwen tegen psychotherapie was groot in de katholieke wereld. In 1953 bekrachtigde paus Pius XII het nog eens ter gelegenheid van een internationaal katholiek congres voor psychotherapie en klinische psychologie te Rome. Hij waarschuwde in het bijzonder tegen de psychoanalyse omdat die een mensbeeld veronderstelde waarin de mens was overgeleverd aan duistere instincten. Psychoanalytici negeerden maar al te gauw de menselijke wilsvrijheid, neigden ertoe schuldgevoelens weg te praten en werkten de zonde in de hand door sluimerende seksuele voorstellingen in het bewustzijn op te roepen en te verwoorden. Immers, niet alleen 'onkuise' daden, maar ook zulke gedachten waren volgens de moraaltheologie zondig.

Het was niet moeilijk voor Van Kol en andere tegenstanders van Terruwe om de psychotherapeut in de beklaagdenbank te plaatsen. De discussie rond haar proefschrift vond plaats in een sfeer van verdachtmakingen. Zo deed het gerucht de ronde dat zij haar patiënten, onder wie seminaristen, kloosterlingen en priesters, tot ontucht aanzette en 'neurotische masturbanten' adviseerde aan hun neigingen toe te geven. Op instigatie van enkele jezuïeten gelastte het Heilig Officie in Rome zelfs twee keer een onderzoek. Een commissie van moraaltheologen kwam in 1950 tot de conclusie dat Terruwe's therapie niet strijdig was met de kerkelijke leer, maar de lastercampagne ging door. Vier jaar later stuurde het Vaticaan de pater-jezuïet S. Tromp naar Nederland voor een visitatie van de zogenaamde 'zondige Rivièra van het katholicisme' in Nijmegen, waar Terruwe en Duynstee werkten. Het resultaat was een officiële veroordeling van enkele 'valse leringen en praktijken ten aanzien van de behandeling van neuroselijders'. Er zouden therapeuten zijn - namen werden niet genoemd - die christelijke waarden als versterving en ascese te gauw met 'schadelijke verdringing' gelijkstelden en op die manier hun patiënten aanzetten tot zondig gedrag. De in 1956 namens de Heilige Stoel uitgevaardigde verklaring stelde:

> Zeer veelvuldig zijn de gevallen waarin aan de lijders aan neurose op de een of andere wijze worden aangeraden: opzettelijke zelfbevrediging, bezoek aan publieke huizen, oneerbare blikken en aanrakingen, wellustige verlangens, overspelige verhouding; ja zelfs waarin aan priesters of religieuzen de raad wordt gegeven om personen van het andere geslacht geheel naakt te zien en met hen tot sexuele vriendschap te geraken ten einde hen zo ofwel van sexuele spanningen ofwel ziekelijke nieuwsgierigheid te bevrijden.[2335]

Seminaristen en priesters mochten niet meer bij Terruwe in therapie.

De commotie rond Terruwe is des te opmerkelijker omdat haar ideeën eigenlijk vernieuwend noch radicaal waren. Haar therapie bouwde voort op ideeën die Duynstee al in de jaren dertig naar voren had gebracht. Diens pleidooi voor een katholieke verwerking van Freuds inzichten riep toen geen enkel protest op, evenmin als de waardering die sommige katholieke psychiaters aan de dag legden voor de psychoanalytische behandelwijze. Zolang

---

[2335] Geciteerd in Ruygers 1965, 80; vergelijk Suèr 1969; Winkeler 1980; Ter Meulen 1988a, 89-108; Westhoff 1996, 292-305. Terruwe werd in 1965 door Rome gerehabiliteerd en trok rond 1970 volle zalen met lezingen, die op langspeelplaten werden vastgelegd. De Bruijn 1972a.

deze binnen de muren van psychiatrische inrichtingen toepassing vond in de behandeling van ernstige psychische stoornissen, bestonden er in de katholieke wereld blijkbaar weinig bezwaren, maar toen psychiaters Freuds theorie aanbevalen voor de behandeling van minder zware neurosen en seksuele problemen, zoals masturbatie en homoseksualiteit, waarvoor de geestelijkheid niet immuun bleek te zijn, kwamen er bedenkingen. De clerus had veel minder moeite met de medische inrichtingspsychiatrie dan met psychotherapie voor mensen die niet geestesziek waren. Zolang het terrein van de psychiaters scherp van dat van de geestelijken was afgebakend en de medici erkenden dat de ziel zich niet voor medisch ingrijpen leende, konden priesters de behandeling van zieke zenuwen en hersenen aan artsen overlaten. Psychotherapeuten die zich op de geestelijke dimensie van psychische aandoeningen richtten, liepen echter het gevaar dat ze de grens tussen psychiatrie en zielzorg overschreden en daarbij op weerstand van de clerus stuitten. De affaire Terruwe was symptomatisch voor de gespannen verhouding tussen de kerk en de zich buiten de inrichtingen uitbreidende geestelijke gezondheidszorg in de katholieke wereld. Als vrouwelijke therapeut die seminaristen met seksuele moeilijkheden behandelde, werd Terruwe een dankbaar doelwit van priesters en behoudende artsen die wantrouwen koesterden tegen de pretenties van psychotherapeuten. In de katholieke conflicten over de toepassing van psychotherapie ging het deels om een competentiestrijd tussen gevestigde morele en medische autoriteiten en psychiatrisch en psychologisch geschoolde nieuwkomers.

Dat de gemoederen zo verhit raakten, had ook te maken met het feit dat in de discussies over psychotherapie de eerste bressen in de katholieke seksuele moraal werden geslagen. Vooral op dit gevoelige terrein bleek het evenwicht tussen kerkelijke richtlijnen en psychohygiënische inzichten uitermate precair. De Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid wijdde studiedagen aan gevoelige onderwerpen als masturbatie, de verhouding tussen man en vrouw in het huwelijk, coëducatie en psychische problemen van kinderen en jongeren. Niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook psychologisch geschoolde priesters als H.J.C.M.G. Ruygers, N. Perquin en Fortmann stelden vanaf eind jaren veertig in publicaties en voordrachten dat de strikte roomse voorschriften niet zelden leidden tot schadelijke verdringing, ongezonde angst- en schuldcomplexen, neurosen en zelfs zedendelicten. Fortmann stelde onomwonden dat de seksuele moraal in de katholieke wereld maar al te vaak werd

> verdedigd op een wijze die voor de psychische gezondheid catastrofale gevolgen heeft. [...] waar zulk een immorele moraal een mens ziek gemaakt heeft, kan men begrijpen welk een verademing het is wanneer hij bijvoorbeeld in de psychiater een mens ontmoet, die het psychische in zijn eigenstandigheid metterdaad erkent en nu eens niet begint met te moraliseren.[2336]

De geestelijke gezondheidszorg had volgens Buytendijk en Trimbos een belangrijke taak in de preventie en genezing van seksuele stoornissen en problemen.[2337] Ten einde zowel ongezonde verdringing als losbandigheid te voorkomen was een billijke, door psychologisch inzicht gestuurde beheersing geboden. Wat volgens de kerkelijke leer zondig en onzedelijk was, zagen psychiaters en psychologen eerder als ongezond en onvolwassen. Een zinvolle

[2336] Fortmann 1955, 13, 16.
[2337] Buytendijk 1954; Trimbos 1961, 27-34.

vormgeving van seksualiteit was alleen in het huwelijk mogelijk, daar lieten ze geen misverstand over bestaan, maar het voortdurende gehamer op wat niet mocht zou averechts werken, omdat het niet zelden een ongunstige uitwerking had op de persoonlijkheidsontwikkeling van mensen en hun vermogen tot relatievorming. Ware zedelijkheid was geworteld in innerlijke overtuiging en deze zou beter gewaarborgd zijn door psychologische en pedagogische deskundigheid dan door kerkelijke zedenpreken en dwangmaatregelen.

Ondanks de afwerende houding ten aanzien van de psychoanalyse in vooral de katholieke wereld, groeide tegelijkertijd onder priesters en dominees de belangstelling voor psychotherapeutische inzichten en technieken. Daarin zagen sommigen van hen mogelijkheden om de zielzorg te vernieuwen en te versterken. Zowel in protestantse als katholieke kring ontstonden werkgroepen waarin de deelnemende geestelijken, psychiaters en psychologen delibereerden over de vraag hoe de kloof tussen het christelijk geloof en de inzichten van de moderne psychologie en psychiatrie viel te overbruggen. De doopsgezinde predikant J.J.G. Wuite en Rümke namen het initiatief tot de oprichting van het Theologisch-Psychiatrisch Gezelschap waarin verschillende geloofsrichtingen vertegenwoordigd waren. Het gezelschap boog zich in de jaren 1945-1953 regelmatig over kwesties die zowel de psychiatrie als de zielzorg raakten, zoals seksualiteit, huwelijk, de rol van geweten en schuldgevoel, de dood, de relatie tussen zonde en ziekte en de verschillen en overeenkomsten tussen pastoraal gesprek en psychotherapie.[2338] Met zijn *Karakter en aanleg in verband met het ongeloof* (1939), waarin hij verkondigde dat ongeloof als ontwikkelingsstoornis moest worden beschouwd, had Rümke al eerder de aanzet gegeven tot een discussie over de relatie tussen psychologie en godsdienst. Het boek gaf voedsel aan het idee dat de psychologie kon bijdragen aan een optimale ontplooiing van het geloofsleven.

In de katholieke wereld ging een toenemend aantal geestelijken zich in de psychologie verdiepen; sommigen volgden colleges bij de Nijmeegse hoogleraar in de psychologie Calon, die morele kwesties behandelde tegen de achtergrond van de psychologische ontwikkeling van de mens. Vernieuwingsgezinde en in de (fenomenologische) psychologie ingevoerde geestelijken als Fortmann, Ruygers en Perquin betoogden dat psychotherapie de zielzorg niet ondermijnde, maar kon ondersteunen. Nadat in 1953 een katholieke Nederlands-Vlaamse werkgroep voor psychotherapie was opgericht, waaraan zowel geestelijken als psychiaters deelnamen en die erop gericht was psychotherapie met de Roomse leer in overeenstemming te brengen, werd een jaar later binnen de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid een Pastorale Commissie ingesteld. Deze boog zich over de verhouding tussen geloof en geestelijke gezondheid in het algemeen en tussen zielzorg en psychotherapie in het bijzonder.[2339] De in 1967 opgeheven commissie van geestelijken, psychiaters en psychologen is als zodanig nooit in de openbaarheid getreden en opereerde omzichtig teneinde openlijke conflicten met de clerus en meer behoudende organisaties als de R.K. Artsenvereniging te voorkomen. In besloten bijeenkomsten hield de commissie zich niet alleen met psychotherapie bezig, maar ook met gevoelige onderwerpen als verkering, verloving, huwelijk en seksualiteit, homoseksualiteit, de opvoeding van kinderen en de psychische moeilijkheden van seminaristen en priesters, vooral in verband met het celibaat.

[2338] Van Belzen 1995.

[2339] Carp et al. 1955; Snoeck 1952, 1957.

De individuele leden droegen hun denkbeelden evenwel uit in talrijke publicaties, op studiebijeenkomsten en congressen, in colleges op universiteiten en seminaries en op de radio. Sommigen stonden in direct contact met de bisschoppen en hadden in de jaren zestig zitting in adviescommissies van het episcopaat.[2340] De pastorale commissie gaf de aanzet tot een herbezinning op de verhouding tussen godsdienst en psychohygiëne. De teneur van de discussies was dat zielzorgers meer rekening zouden moeten houden met de individuele omstandigheden en eigenschappen van mensen zodat de kerkelijke moraal leefbaarder werd. Daarbij konden psychohygiënische en psychotherapeutische inzichten goede diensten bewijzen. Bovendien zouden deze kunnen bijdragen aan de persoonlijke gewetensvorming en de ontplooiing van een innerlijk doorleefd geloof. Zo stelde Fortmann, een autoriteit in katholiek Nederland op het nieuwe vakgebied van de pastorale psychologie, dat 'het goede en heilige' pas opbloeiden als mensen niet in hun psychische vrijheid geremd werden.[2341]

Mede om tegemoet te komen aan de veranderde behoeften van de gelovigen, die mondiger werden en van zielzorgers persoonlijke betrokkenheid verwachtten, kregen psychologische kennis en vaardigheden een plaats in het pastorale werk. Als hulpwetenschap ten dienste van de zielzorg vond de pastorale psychologie ingang in de theologie-opleidingen. In 1951 werd de psychiater Van den Berg in Utrecht de eerste hoogleraar in dit nieuwe vak. Vijf jaar later kreeg de Katholieke Universiteit Nijmegen in de persoon van Fortmann een (buitengewoon) hoogleraar in de cultuur- en godsdienstpsychologie. Hoewel zij benadrukten dat psychotherapie iets anders was dan zielzorg, maakten psychologische methoden al gauw opgang ten einde het pastorale werk een eigentijdse inhoud te geven. Nadat het *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie* in 1959 een themanummer aan de non-directieve gesprekstechniek van de Amerikaanse psycholoog en voormalige theologiestudent Rogers had gewijd, introduceerde de theoloog-psycholoog H. Faber deze een jaar later in Nederland als dé methode voor de pastorale zorg. Het handboek dat hij samen met E. van der Schoot schreef, *Het pastorale gesprek* (1962), kreeg grote bekendheid en verscheen in Engelse, Duitse, Franse en Portugese vertalingen. Volgens de Rogeriaanse *counseling*-methode moest de hulpverlener niet moraliseren en voorschrijven, maar luisteren, vertrouwen scheppen, begrip opbrengen, inleven en 'spiegelen'. De opmars van de pastorale psychologie gaf blijk van een veranderende taakopvatting van predikanten en priesters. Het accent verschoof van geloofsverkondiging naar individuele pastorale begeleiding, met name voor mensen die kampten met levensmoeilijkheden. Een psychologische vorming bood geestelijken uitzicht op functies buiten de kerk en ook op een eigen, hoewel enigszins omstreden, plaats in de geestelijke gezondheidszorg.[2342]

Dat de toenadering tussen zielzorg en psychotherapie ook daadwerkelijk de praktijk van de hulpverlening beïnvloedde, blijkt bijvoorbeeld uit de wijze waarop een katholiek Pastoraal Bureau te Amsterdam zich rond 1960 op een nieuwe doelgroep voor de geestelijke gezondheidszorg richtte, namelijk homoseksuelen, die over het algemeen op weinig begrip in de katholieke wereld hoefden te rekenen. De veroordeling in termen van zonde en ziekte, en deels ook misdaad, bepaalde in hoge mate de houding ten aanzien van homoseksualiteit in de kerk, de gezondheidszorg en de samenleving als geheel. Het Pastoraal Bureau, dat mede op initiatief van Trimbos en met medeweten van de bisschoppen in 1958 als onderdeel

---

[2340] Suèr 1969; Simons en Winkeler 1987; Westhoff 1996, 313-359.
[2341] Fortmann 1955, 16-17.
[2342] Van der Lans 1968; Bos 1990; Van Belzen 1992; Bos 1992; Bos 1996.

van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving tot stand kwam, functioneerde tot 1965 en bood zowel pastorale zorg door geestelijken als psychiatrische hulp door zenuwartsen. De ruim tweehonderd hulpvragers die zich aanmeldden, waren overwegend katholieke mannen van tussen twintig en veertig jaar oud.[2343] Velen van hen gingen gebukt onder gewetensconflicten en schuldgevoelens. Aan de ene kant wezen hun uitingen op een gehechtheid aan de katholieke leefwereld, aan de andere kant gaven ze blijk van een toenemende twijfel aan de Roomse moraal. Maar weinigen van hen hielden zich daadwerkelijk aan het christelijke gebod van seksuele onthouding.

Met name voor veel mannen die in Amsterdam woonachtig waren of daar regelmatig hun vertier zochten, gold dat de discrepantie tussen kerkelijke moraal en seksueel gedrag groot was. Zij wisten te ontsnappen aan de sociale controle van familie, buurt en kerk en maakten gretig gebruik van de mogelijkheden in de hoofdstad om gevoelsgenoten te ontmoeten en seksuele partners te vinden. Naarmate hun feitelijke onafhankelijkheid toenam, groeide het ongenoegen over de houding van de clerus en de kerkelijke bevoogding. Tegelijkertijd gaven hun nieuwe leefwijze en met name vluchtige en wisselende seksuele contacten voortdurend aanleiding tot innerlijke tweestrijd en psychische spanningen. Voor hen betekende het verzuilde katholicisme niet enkel beklemming en controle, maar ook geborgenheid en houvast en ze schrokken ervoor terug om die overboord te zetten. Het verlangen naar vrijheid en onafhankelijkheid, naar zoiets als 'jezelf zijn' was in de kiem aanwezig, maar de meeste cliënten konden zich moeilijk voorstellen hoe hun leven buiten het gegeven kader van kerk, gezin en werk zin moest krijgen.[2344] De moeilijkheden waarmee de cliënten van het Pastoraal Bureau kampten, waren mede het gevolg van maatschappelijke veranderingen in de jaren vijftig. Hun bewegings- en keuzevrijheid werd groter, vanouds gegeven grenzen vervaagden en contacten met andersdenkenden namen toe. De oplopende spanning tussen de ruimere mogelijkheden in het dagelijks leven en het godsdienstige bewustzijn zorgde voor verwarring en onzekerheid. Die waren rond 1960 niet uitsluitend aan homoseksuelen voorbehouden, maar waarschijnlijk werden zij er intenser mee geconfronteerd dan anderen, die mogelijk nog enige vastigheid vonden in de privésfeer van gezin en familie. De eersten verkeerden in een situatie waarin godsdienstige twijfel samenviel met conflicten in hun naaste omgeving over hun seksuele voorkeur.

De paters en psychiaters van het Bureau beschikten niet over pasklare oplossingen voor de moeilijkheden. De hulpverlening was opgezet als experiment ten einde in de praktijk uit te vinden hoe aan de noden van homoseksuelen tegemoet was te komen zonder de geloofswaarden overboord te zetten. De hulpverleners pleegden regelmatig onderling overleg, verwezen de cliënten voortdurend over en weer, wonnen zo nodig raad in bij een moraaltheoloog en leden van de Pastorale Commissie. In het ene geval traden de paters vermanend op, drongen ze aan op voorzichtigheid en beheersing en hielden ze cliënten voor dat ze zondigden en moesten afzien van seksueel verkeer, in het andere toonden ze begrip en stonden ze het gelaten of zelfs expliciet toe. Het kerkelijke gebod tot seksuele onthouding, zo lieten ze doorschemeren, was niet reëel en zelfs ongezond: onderdrukking van emoties en verlangens zou vaak leiden tot 'onechte schuldgevoelens', ongezonde remmingen en neurotische aandoeningen.[2345] Homoseksuelen moesten hun seksuele behoeften niet

[2343] Oosterhuis 1992, 170-176.
[2344] Oosterhuis 1992, 188.
[2345] Oosterhuis 1992, 199.

verdringen, maar op verantwoorde wijze kanaliseren in vaste relaties. Met hun positieve waardering van relatievorming kwamen de hulpverleners tegemoet aan een behoefte die sterk onder katholieke homoseksuelen leefde.

De pastorale en psychiatrische hulpverlening laveerde tussen het kerkelijke gebod om homoseksuele neigingen te onderdrukken en de wenselijkheid ze in het belang van het psychische welzijn te onderkennen en te uiten. Het besef dat de kerkelijke moraal op gespannen voet stond met geestelijke gezondheid was een belangrijke stimulans om de theologische richtlijnen ruim te interpreteren. Het 'helpen van mensen' was iets geheel anders dan 'het opleggen van objectieve moraalregels', zo schreef een van de psychiaters aan een priester, die bezwaar aantekende tegen de zijns inziens ontoelaatbare adviezen van het Pastoraal Bureau.[2346] Deze werden nauwgezet afgestemd op de uiteenlopende persoonlijke omstandigheden en innerlijke drijfveren van de cliënten. Met hun psychologische, deels psychoanalytische optiek namen de paters en psychiaters afstand van in de katholieke wereld gangbare opvattingen volgens welke zedenbederf, besmetting of verleiding verantwoordelijk waren voor homoseksueel gedrag. De veelvuldige verwijzingen naar psychische onevenwichtigheid betroffen niet zozeer de homoseksuele neiging als zodanig, als wel de wijze waarop de betrokkenen reageerden op de maatschappelijke afwijzing ervan. Als 'outcasts' en 'verstotenen' leden zij onder 'eenzaamheid', 'isolement', 'angst' en 'zinloosheid'.[2347] De hulpverleners gingen niet zover dat ze de sociale en kerkelijke normen daarvoor verantwoordelijk stelden, zoals enkele cliënten deden. Hoewel ze wel degelijk oog hadden voor de moeilijke maatschappelijke positie van homoseksuelen, richtte hun aandacht zich vooral op de wijze waarop cliënten omgingen met de sociale druk en op de mogelijkheid om hun attitude te veranderen.

Door de voortdurende nadruk op zelfkennis, zelfwerkzaamheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid vertoonde de hulpverlening duidelijk psychotherapeutische trekken. Uit hun veelvuldige evaluerende opmerkingen over de spraakzaamheid en de verbale vermogens van cliënten blijkt dat de paters en psychiaters een passieve, afwachtende opstelling niet wenselijk achtten. Wie goed formuleerde, bereid was over intieme (seksuele) ervaringen te spreken en blijk gaf van een eigen visie op de problematiek, had een streepje voor op degene die niet vlot uit zichzelf praatte en zich moeilijk blootgaf. Een adequate omschrijving en het onder ogen zien van de moeilijkheden, een eigen mening en een actieve houding waren de eerste stappen op weg naar een oplossing. Door middel van een herdefiniëring van de moeilijkheden probeerden de hulpverleners de cliënten ertoe te brengen deze in een ander perspectief te zien. Terwijl cliënten hun moeilijkheden vaak in godsdienstige termen formuleerden, hanteerden de hulpverleners vaak een psychologisch referentiekader. Daarbij verschoof de aandacht van de absolute ge- en verboden van de kerk naar de wijze waarop de betrokkenen hun geloof beleefden. Met kwalificaties als 'oppervlakkig', 'primitief', 'onvolwassen' en 'onrijp' gaven de hulpverleners aan dat het geloof van veel cliënten niet wortelde in innerlijke overtuiging, maar slechts formaliteit en conventie was. Veel moeilijkheden weten zij aan een geloofsleven en een opvoedingspatroon waarin dwang, verplichting, volgzaamheid en angst de boventoon voerden. Uitermate kritisch uitten zij zich over 'traditionele' gezinnen waarin 'patriarchaal ingestelde' vaders en 'streng religieuze' moeders zich te rigide opstelden en kinderen geen gelegenheid boden om

[2346] Oosterhuis 1992, 199-200.
[2347] Oosterhuis 1992, 193-194.

'vertrouwelijk' en 'open' met hen te praten.[2348] Niet alleen trachtten de hulpverleners ouders begrip voor hun homoseksuele kind bij te brengen, ook drongen ze er bij hen op aan conflicten uit te praten, te onderhandelen en compromissen te sluiten. Vaak brachten ze begrip op voor homoseksuele jongeren die zich aan de strenge ouderlijke bevoogding trachtten te ontworstelen; soms stimuleerden ze hen zelfs meer voor zichzelf op te komen. In plaats van duidelijke morele richtlijnen te geven - wat veel cliënten min of meer verwachtten en verlangden - poogden de paters en psychiaters hen duidelijk te maken dat een 'leefbare moraal' niet van buitenaf of van hogerhand kwam en dat ze beter op hun eigen geweten en oordeelsvermogen konden afgaan.

Als exponenten van een voorhoede die het katholicisme aan de eisen van veranderende maatschappelijke verhoudingen probeerde aan te passen, trachtten de hulpverleners de toegenomen bewegingsvrijheid van katholieke homoseksuelen in goede banen te leiden. Die moesten op basis van een nauwgezette innerlijke afweging de juiste balans zien te vinden tussen de katholieke moraal en zelfontplooiing. Geloofswaarden dienden op basis van individuele verantwoordelijkheid een plaats te krijgen in het persoonlijke leven. Om tot een zelfstandige en evenwichtige persoonlijkheid uit te groeien, die de eigen homoseksualiteit aanvaardde en op verantwoorde wijze zin wist te geven, waren zelfreflectie en zelfsturing cruciaal. Waarlijk moreel gedrag viel niet van buiten- of bovenaf op te leggen, maar moest van binnenuit komen.

Hoewel het Pastoraal Bureau tijdens zijn korte bestaan een relatief kleine groep cliënten behandelde, heeft het veel invloed gehad. De nieuwe opvattingen werden in publicaties, op een congres van de R.K. Artsenvereniging (1965) en door Trimbos op de KRO-radio voor een breed publiek uitgedragen.[2349] Met de nodige omhaal van woorden zetten psychiaters en geestelijken uiteen dat medische behandeling van homoseksuelen vooralsnog weinig uitzicht op genezing bood en zedenpreken niets oplosten. Het was beter de homoseksuele geaardheid te aanvaarden, schuldgevoelens te verzachten, de 'homofiele' vriendschap te waarderen en seksueel contact in een vaste verhouding te tolereren. Hiermee kwam voor het eerst naar buiten dat katholieke deskundigen de kerkelijke veroordeling van homoseksueel gedrag niet meer onderschreven.

In neutrale en protestantse kring hadden al eerder nieuwe geluiden geklonken op dit terrein. De gereformeerde psychiater Janse de Jonge hield in 1952 een lezing voor de vereniging Zedenopbouw over homoseksualiteit. Daarin prees hij het Kinsey-onderzoek - volgens hem een bevestiging van het psychoanalytische inzicht dat ieder mens in wezen biseksueel is - en vergeleek hij de maatschappelijke positie van homoseksuelen met die van andere vervolgde groepen als joden en zwarte Amerikanen. Homoseksualiteit was op zichzelf geen ziekte of stoornis, zo stelde Janse de Jonge; het was de veroordelende houding van de omgeving die leidde tot psychische problemen.[2350] Hij verkondigde hiermee een visie, die in grote lijnen overeenkwam met die van de aan de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervormig (NVSH) verbonden psychiater-seksuoloog C. van Emde Boas. In zijn historisch-literaire proefschrift *Shakespeare's sonnetten en hun verband met de travestie-double spelen* (1951) betoogde hij dat niet zozeer homoseksualiteit als wel de door de joods-christelijke traditie bepaalde 'vitale afkeer' ervan een probleem vormde.[2351] Een

---

[2348] Oosterhuis 1992, 204-205.
[2349] Overing et al. 1961; Trimbos 1961; Oosterhuis 1992, 207-221.
[2350] Janse de Jonge 1952.
[2351] Van Emde Boas 1951.

dergelijke sociaal-historische visie bleef uitzonderlijk in de wereld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, maar in de loop van de jaren vijftig trad er duidelijk een kentering op in de psychohygiënische benadering van homoseksualiteit, mede als gevolg van contacten met de homobelangenorganisatie Cultuur en Ontspanningscentrum (COC). Deze afficheerde zich naar buiten toe als een organisatie voor de geestelijke volksgezondheid en hechtte veel waarde aan wetenschappelijk onderzoek.[2352] In 1954 gaf de vereniging de psychiater Rümke en de psychologen R.H. Houwink en D.J. van Lennep gelegenheid om psychologisch onderzoek uit te voeren bij zo'n 200 bezoekers van haar sociëteit. Deze onderzoekers wilden materiaal verzamelen over homoseksuelen buiten psychiatrische inrichtingen en gevangenissen. Het onderzoek leverde geen opzienbarende conclusies op, maar was wel vernieuwend, omdat de belevingswereld van 'gewone' homoseksuelen centraal stond. De onderzoekers waren zeer te spreken over de bereidwillige medewerking van het COC en hoopten de samenwerking voort te zetten.[2353]

Het Amsterdamse Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden van de protestantse Hendrik Piersonstichting (voorheen Zedenopbouw) bood vanaf 1959 pastorale hulp aan homoseksuelen. Deze kwam tot stand nadat de oprichter van Zedenopbouw, A. Bouman, onder invloed van contacten met het COC zijn opvattingen over homoseksualiteit had gewijzigd. Rond 1950 had hij de geaardheid een ziekte en het gedrag een zonde genoemd, maar een paar jaar later begon hij begrip te tonen voor de doelstellingen van het COC en erkende hij dat homoseksuele relaties op basis van liefde en trouw mogelijk waren.[2354] Nadat enkele dominees de bijbelse veroordeling van homoseksualiteit hadden gerelativeerd, verscheen in 1961 de bundel *De homosexuele naaste*, waarin een 'subjectief betrokkene' aan het woord kwam en twee predikanten, een criminoloog en de psychiaters Janse de Jonge en M. Zeegers veel bewogenheid aan de dag legden voor de nood van de 'homofiele medemens'. Zij pleitten voor meer begrip: homoseksuelen zouden lijden onder eenzaamheid en neurosen als gevolg van de maatschappelijke afwijzing en zouden evenals heteroseksuelen behoefte hebben aan een duurzame liefdesrelatie.[2355] Twee jaar later kwam de Nederlands Hervormde psychiater F.J. Tolsma met een nieuwe editie van zijn *Homosexualiteit en Homoërotiek* (1948), een van de weinige Nederlandse psychiatrische monografieën over homoseksualiteit. In de gewijzigde editie was de aandacht verschoven van niet te tolereren betrekkingen en praktijken naar de onvermijdelijke en acceptabele individuele geaardheid. Seksueel contact was toegestaan als die was ingebouwd in een liefdesverhouding. Waar hij homoseksuele verhoudingen op jonge leeftijd eerder had geassocieerd met gevaarlijke verleiding, beschouwde Tolsma deze nu als symptoom van een authentieke voorkeur. Homo's bedreigden de samenleving niet, zo betoogde hij, maar de maatschappelijke vooroordelen en discriminatie vormden het probleem.[2356]

3.7.7. *Bureaus voor Levens-, Gezins- en Huwelijksmoeilijkheden*

In deel 2 hebben we laten zien dat in de tweede helft van de jaren dertig mede vanuit kerkelijk initiatief katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting en protestantse spreekuren voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden ontstonden. Eerder in dit deel is er op

---

[2352] Warmerdam en Koenders 1987, 109, 121, 155, 215.
[2353] Oosterhuis 1992, 165-168.
[2354] Bouman 1952; Koenders 1996, 599-605.
[2355] Janse de Jonge et al. 1961.
[2356] Tolsma 1948; Bos 1994; Bakker 1999b, 78-79.

gewezen dat de eerste Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) tijdens de Duitse bezetting met steun vanuit de protestantse zedelijkheidsbeweging en het maatschappelijk werk tot stand kwamen.[2357] Zij waren in eerste instantie bedoeld om gezinnen die als gevolg van de oorlogsomstandigheden in moeilijkheden waren gekomen, bijvoorbeeld door de gedwongen tewerkstelling van de man, hulp te bieden. Al tijdens de oorlogsjaren betitelden psychohygiënisten deze bureaus als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Onder verwijzing naar de maatschappelijke ontwrichting en de zedenverwildering onderstreepten zij na de bevrijding de blijvende noodzaak van deze bureaus.[2358] De ongerustheid over uiteengevallen en onmaatschappelijke gezinnen, de losgeslagen 'massajeugd', seksuele ontsporingen, de verspreiding van geslachtsziekten en de toename van het aantal echtscheidingen en buitenechtelijke geboorten werkten de verspreiding van de nieuwe instellingen in de hand. De versterking van huwelijk en gezin gold als een van de eerste voorwaarden voor het herstel van de maatschappelijke orde. In 1941 had J. van der Spek al geschreven dat consultatiebureaus voor gezins- en huwelijksmoeilijkheden van groot belang waren 'ter bevordering van een hecht gezinsverband, om opvoedingsmoeilijkheden uit den weg te ruimen; om goede ouders te vormen, goede mannen en vrouwen, goede staatsburgers, goede leden onzer volksgemeenschap'.[2359] Op het Nationaal Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1947 werden de gevolgen van de oorlog en de te nemen maatregelen breed uitgemeten en daarbij kreeg het bedreigde gezin speciale aandacht. De gezinsontwrichting gold niet alleen als een gevolg, maar ook als een oorzaak van de oorlog: zwakke gezinnen zouden vatbaarder zijn geweest voor nationaal-socialistische propaganda. Het gezin was belangrijk omdat mensen daar, als samenleving in het klein, primaire sociale vaardigheden en moreel besef kregen bijgebracht. Een gezond gezinsleven was de voorwaarde voor een gezonde persoonlijkheidsontwikkeling en die vormde weer de basis voor een goed maatschappelijk functioneren. 'Gezinsherstel brengt Volksherstel', zo luidde de leuze van de Stichting Nederlands Volksherstel die zich 'de bevordering van de geestelijke en lichamelijke wederopheffing' van het Nederlandse volk ten doel stelde, jaarlijks een gezinsweek organiseerde en organisaties voor gezinshulp en -verzorging, waaronder de BLGM's, ondersteunde.[2360]

In de waarschuwingen voor de ondermijning van het gezin maakten de schadelijke gevolgen van de oorlog rond 1950 plaats voor de gevaarlijke kanten van de sociale modernisering. Verstedelijking, industrialisering, de verhoging van het levenstempo en 'het vervloekte moderne individualisme', zoals een aan een BLGM verbonden predikant schreef, zouden de vertrouwde leefverbanden en de overgeleverde normen en waarden ondermijnen.[2361] Een medewerker van het eind 1945 opgerichte bureau te Amsterdam, dat uitging van de Interkerkelijke Commissie voor Bijzondere Kerkelijke Gezinszorg, maakte gewag van een 'verminderd besef van gemeenschapsleven' en 'een zelfzuchtige en infantiele instelling' bij veel mensen.[2362] Om de wijd verbreide vereenzaming, angst en onzekerheid het hoofd te bieden, was een sterk

[2357] Zie 3.5.1. Oorlogspsychosen en -neurosen.
[2358] Brillenburg Wurth 1947; Oort-Wegelin 1948.
[2359] Van der Spek 1941, 229.
[2360] Neij 1989, 76.
[2361] Brillenburg Wurth 1947, 18.
[2362] Rijksen 1948, 66, 69.

en gezond gezin als wijkplaats voor de onpersoonlijke maatschappij onontbeerlijk. Een koesterend gezinsleven moest de door de sociale veranderingen gegenereerde spanningen absorberen en een emotioneel houvast bieden tegen schaalvergroting en verzakelijking.[2363]

Het overheidsbeleid was sterk geënt op het gezin en ging uit van het kostwinnersbeginsel. In vergelijking met andere landen was het aantal vrouwen dat beroepsarbeid buitenshuis verrichtte in Nederland bijzonder laag. Dit hing niet alleen samen met de invloed van de confessionele zuilen, maar ook met het feit dat gehuwde vrouwen in mindere mate dan in andere landen uit economische noodzaak waren gedwongen het loon van hun mannen aan te vullen, waardoor het aanbod van vrouwelijke arbeidskrachten in Nederland geringer was.[2364] De zorg voor het gezin kreeg een prominente plaats in het beleid van het in 1952 op instigatie van de KVP ingestelde Ministerie van Maatschappelijk Werk, dat onder leiding kwam te staan van katholieke bewindslieden en dat was bedoeld om de gevolgen van de modernisering in goede banen te leiden. Ook op aandrang van de KVP kwam er in 1955 een gezinsraad die wetgeving en bestuur moest toetsen aan het belang van het gezin.

Niet alleen in het sociale beleid, ook in de maatschappij bereikte de waardering van huwelijk en gezin in de jaren vijftig een hoogtepunt. Steeds meer mensen gingen op jongere leeftijd trouwen, het aantal ongehuwden nam in verhouding tot het aantal gehuwden af en mensen ontleenden de zin van hun bestaan in hoge mate aan hun gezinsleven. Het aantal echtscheidingen, kerkelijk gemengde huwelijken - daar maakten katholieken zich bijzonder bezorgd over - geslachtsziekten en buitenechtelijke geboorten nam, na een stijging direct na de bevrijding, eind jaren veertig af, om begin jaren vijftig het vooroorlogse peil te bereiken, dat vergeleken met andere landen laag was. Wel daalde de huwelijksvruchtbaarheid gestaag en duidde het stijgende aantal gedwongen huwelijken vanwege zwangerschap erop dat seks voor het huwelijk frequent voorkwam.[2365]

Voor een groot deel waren de huwelijks- en gezinsbureaus voortgekomen uit kerkelijke initiatieven en de confessionele zedelijkheidsbeweging. Het was niet vanzelfsprekend dat deze voorzieningen tot het terrein van de geestelijke volksgezondheid behoorden, ook al onderschreven psychohygiënisten het belang van een gezond huwelijks- en gezinsleven krachtig.[2366] Rond 1950 ontstond er onenigheid tussen enkelen van hen over de noodzaak om deze consultatiebureaus, die zich op 'levensproblemen' van in principe gezonde en hoogstens psychisch bedreigde of lichtgestoorde mensen richtten, onder de vlag van de geestelijke gezondheidszorg te subsidiëren. Ging het hier niet eerder om maatschappelijk werk en kerkelijke zielzorg, zo vroegen psychiaters als Querido en Kraus, sinds 1947 voorzitter van de NFGV, zich af. Met name Querido kritiseerde de in zijn ogen amateuristische werkwijze van de gezins- en huwelijksbureaus. Hij sprak van 'stumperige consultatiebureaus', die waren voortgekomen uit 'confessionele naijver of erger nog met zucht tot persoonlijk gewin als drijfveer'.[2367] Volgens hem waren ze niet geschikt om een therapeutische functie te

---

[2363] Van der Kamp en Krijnen 1987, 12; De Goei 2001, 131; vergelijk Gastelaars 1985 en Van Berkel 1990.
[2364] Plantenga 1999, 100-102.
[2365] Kooy 1957, 144, 161; Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek 1970; Kooy 1976, 107-108; Kooy 1980, 42; Damsma 1988, 239; Mooij 1993, 170; Linders 1997, 145; vergelijk Kooy 1975; Blom 1981 en Blom 1996.
[2366] Lekkerkerker 1947c, 5-6; Koenders 1996, 503; De Goei 2001, 195-209.
[2367] Kraft 1963, 16-17; De Goei 2001, 168.

vervullen omdat ze niet op professionele leest geschoeid waren. Tegengestelde professionele belangen staken hier de kop op. Niet alleen Querido, maar ook andere psychiaters die binnen of buiten de inrichtingen werkzaam waren, vreesden dat de groei van de nieuwe ambulante voorzieningen voor psychosociale problematiek ten koste zou gaan van de zorg voor geesteszieken. Bovendien dreigde een aantasting van het gezag van de psychiater door de opkomst van een nieuwe beroepsgroep: evenals in de MOB's gingen psychiatrisch-sociaal werksters in de gezins- en huwelijksbureaus naast de psychiaters een sleutelrol vervullen met eigen taken en verantwoordelijkheden. Eind jaren vijftig, toen hun aantal sterk was gegroeid, waren de BLGM's vanwege de associatie met zielzorg en maatschappelijk werk nog altijd niet onomstreden binnen de NFGV.[2368]

Lekkerkerker, die in de jaren dertig zelf een opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster had gevolgd en in een MOB werkzaam was, verdedigde de BLGM's tegen de kritiek van Querido en andere psychiaters. Naar het voorbeeld van de MOB's zouden deze voorzieningen door middel van de aanstelling van sociaal en psychotherapeutisch geschoolde psychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters en de invoering van 'teamwork' wel degelijk aan professionele eisen kunnen voldoen.[2369] 'Er is een eigen terrein: de zielszorg, toegepast met een verantwoord gebruik van de vele nieuwe psychologische inzichten', aldus ook N. Rijksen, die als maatschappelijk werkster was verbonden aan een interkerkelijk bureau in Amsterdam.[2370] Lekkerkerker en Rijksen kregen steun van confessionele psychiaters die veel belang hechtten aan de erkenning en subsidiëring van de voor het merendeel verzuilde en godsdienstig gekleurde gezins- en huwelijksbureaus als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Hun zienswijze won het pleit in het NFGV en vanaf 1950 konden de bureaus evenals de MOB's rekenen op subsidiëring vanuit het Preventiefonds, zoals ze in de daaraan voorafgaande jaren al werden gefinancierd vanuit het Prophylaxefonds.. In 1957 stelde het Ministerie van Maatschappelijk Werk een subsidieregeling in en verder verkregen de bureaus ook inkomsten uit particuliere of kerkelijke giften, subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van gemeenten en bijdragen van cliënten naar draagkracht.[2371] Volgens de subsidienormen dienden de bureaus zich bezig te houden met zowel voorlichting, advisering, doorverwijzing als behandeling en moesten tenminste een sociaal-psychiater met psychotherapeutische expertise en een psychiatrisch-sociaal werkster eraan verbonden zijn. Aanstelling van andere artsen, geestelijken, psychologen, juristen en eventueel sociologen behoorde tot de mogelijkheden.[2372]

De consultatiebureaus, waarvan de benaming varieerde, maakten een sterke groei door in de jaren veertig en vijftig.[2373] Rond 1950 bestonden er op 19 locaties meestal

---

[2368] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 3.
[2369] Lekkerkerker 1947c; vergelijk Dercksen 1951; Oort-Wegelin 1951.
[2370] Rijksen 1948, 69.
[2371] Lekkerkerker 1958a; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 69; Van der Grinten 1987a, 233; De Goei 2001, 205-209.
[2372] Lekkerkerker 1950 en Lekkerkerker 1956.
[2373] Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden of Spreekuur voor Levensmoeilijkheden kwamen als benaming voor naast het meer gangbare Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM), in de jaren zeventig gewijzigd in Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (BLGV). De katholieke voorzieningen op dit terrein heetten Bureau voor

wekelijkse spreekuren, waarvan 11 katholiek, 4 protestants en 4 neutraal van signatuur waren. Twaalf jaar later was het aantal consultatiebureaus toegenomen tot 51 en daarvan waren 27 rooms-katholiek, 16 protestants, 4 humanistisch, 3 neutraal en één joods. In de regel hielden ze twee keer per week spreekuur.[2374] Over de aantallen 'cliënten' - de leidster van een BLGM in Den Haag gebruikte deze term al in 1954 - zijn nauwelijks gegevens voorhanden. Een medewerker van een Amsterdams bureau meldde in 1948 dat in de twee jaar daarvoor zich 550 hulpvragers hadden gemeld, van wie ruim 310 vrouwen en bijna 240 mannen.[2375]

Samen met de al bestaande MOB's gingen deze in meerderheid dus confessionele instellingen het gezicht van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de jaren vijftig en zestig bepalen. In tegenstelling tot het IMP dat zich profileerde met een gespecialiseerde, nog tamelijk onbekende therapie, onderscheidden de BLGM's zich niet met een bijzondere, gespecialiseerde behandelwijze en ook de doelgroep was niet duidelijk omschreven. In de praktijk ging het om een veelheid aan problemen van psychiatrische, psychische, lichamelijke, religieuze, juridische, sociale en materiële aard: moeilijkheden tussen huwelijkspartners, verloofden en gezinsleden; seksuele moeilijkheden, gewetensnood in verband met geboorteregeling, het gebrek aan een partner; problemen op het werk of met huisvesting en aanpassingsproblemen in verband met veranderingen in het leven.[2376] Desondanks zagen hulpverleners zich vooral in de eerste jaren regelmatig geconfronteerd met mensen die volgens hen aan het verkeerde adres waren. Een van hen maakte in 1948 gewag van 'de meest uiteenlopende sociale vragen van materiële en practische aard' van hulpzoekenden, die andere maatschappelijke instanties doorverwezen naar het BLGM. De leidster van het BLGM in Den Haag berichtte dat op haar bureau nog te veel moeilijk behandelbare 'zware gevallen' terechtkwamen, 'zware neurotici, zeer gestoorde mensen', die door andere instellingen werden gestuurd. Zij achtte het nodig om meer 'propaganda' voor het werk van het BLGM onder het grote publiek te maken ten einde het aandeel van de 'lichtere gevallen' te vergroten.[2377] De naam van het bureau bleek soms misverstanden op te roepen: 'de huismoeder die komt vragen of wij niet een dienstmeisje voor haar weten, bevindt zich immers ook in een gezinsmoeilijkheid!'[2378] De katholieke Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden gaven eveneens nogal eens aanleiding tot verwachtingen waaraan ze niet konden voldoen: bij het bureau in Heerlen kwamen verzoeken binnen om te bemiddelen bij het vinden van een partner.[2379]

Het behandelingsrepertoire van de BLGM's was grotendeels ontleend aan bestaande vormen van ondersteuning en hulpverlening: aanvankelijk vooral pastorale zorg, medisch-psychiatrisch onderzoek en maatschappelijk werk, en in de loop van de

---

Huwelijksvoorlichting en vanaf begin jaren vijftig Bureau voor Huwelijksaangelegenheden. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 107.

[2374] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 65, 68-69; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 240-246. In de *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* van 1949 (64) wordt onder de BLGM's ook verwezen naar de consultatiebureaus van de NVSH, maar vanwege hun 'beperkt doel' (advisering met betrekking tot geboorteregeling) kregen deze daarin verder geen aandacht.

[2375] Blauw 1954, 99; Rijksen 1948, 69.

[2376] Rijksen 1948, 69; Blauw 1954; Dercksen 1956; Sommer 1983; Pols 1989, 77.

[2377] Blauw 1954, 100-101; vergelijk Bless 1948 en Bijlsma 1954.

[2378] Rijksen 1948, 67.

[2379] Bijlsma 1954, 126.

jaren vijftig meer en meer een sociaalpsychologische aanpak die deels op het *social casework* en deels op eenvoudige psychotherapeutische methoden zoals *counseling* leunden. Deze werkwijzen stelden minder hoge eisen aan cliënten dan de psychotherapie die het IMP en in mindere mate ook het MOB boden. De BLGM's waren dan ook toegankelijker voor het grote publiek, temeer omdat ze grotendeels op godsdienstige basis waren opgericht en zo aansloten bij de belevingswereld van veel mensen. Met andere woorden, protoprofessionalisering was nauwelijks vereist - waarschijnlijk een belangrijke reden waarom het gemiddelde opleidingsniveau van de BLGM-cliënten lager lag dan die van de IMP-clientèle.[2380]

In de praktijk van de BLGM's kregen de psychiatrisch-sociaal werksters - in tegenstelling tot de meeste andere stafleden waren zij meestal voltijds aangesteld - een centrale rol. Niet alleen namen psychiatrisch-sociaal werksters vaak de dagelijkse leiding en de administratieve taken op zich, maar ook verzorgden zij de intake van nieuwe cliënten en, door het voeren van therapeutische gesprekken, een groot deel van de behandeling. Het *social casework*, zo stelde de leidster van een BLGM, baseerde zich op 'de wetten van de ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid' en deze maakten duidelijk dat 'een mens eerst allerlei barricades, psychische belemmeringen moet opruimen, voor hij er aan toe is zijn problemen te kunnen oplossen'.[2381] Volgens Lekkerkerker bestond de taak van de psychiatrisch-sociaal werkster in de bureaus uit 'een grondig onderzoek van de uitwendige sociale en economische omstandigheden' alsook 'het peilen van het gevoelsleven van de cliënt en de gevoelssfeer in het gezin en de affectieve mogelijkheden van alle betrokkenen'.[2382] De groeiende invloed van het *social casework* bevorderde de accentverschuiving van een morele naar een sociaal-psychologische optiek, het eerst in de neutrale en later ook in de confessionele bureaus.[2383] Dit leidde soms tot conflicten met de oprichters ervan, zoals A. Bouman, die moeilijk konden verkroppen dat psychiatrisch-sociaal werksters, meestal jonge vrouwen, het initiatief naar zich toetrokken en de koers verlegden van een morele naar een psychosociale benadering. '[D]an dachten ze dat ze hele pieten waren, of pieterkes,' aldus Bouman, 'want dan dachten ze dat hebben we geleerd van juffrouw Ongerboer en mejuffrouw Kamphuis.'[2384]

Van de andere kant uitten Querido en Lekkerkerker kritiek op sommige confessionele bureaus omdat het daarin zou ontbreken aan professionaliteit. De bezwaren richtten zich vooral op de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting. Deze waren als pastorale voorzieningen opgericht ten einde de kerkelijke gezinsmoraal, vooral op het gebied van geboorteregeling, te handhaven.[2385] Zowel de mogelijke concurrentie van het toenemende aantal neutrale, humanistische en protestantse BLGM's en de consultatiebureaus van de NVSH als de subsidievoorwaarden van de NFGV stimuleerden katholieke psychohygiënisten echter om de huwelijksbureaus ook als professionele instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg te afficheren, eerst voornamelijk retorisch - wat vroeger moreel verwerpelijk was, gold nu als schadelijk voor de

---

[2380] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27.
[2381] Blauw 1954, 97-98.
[2382] Lekkerkerker 1958a, 99.
[2383] Oort-Wegelin 1955; Oort-Wegelin 1957; Oort-Wegelin 1962; Oort-Wegelin 1963; Romme 1978, 247.
[2384] Koenders 1996, 579.
[2385] Hoegen 1952, 338, 342-343; Bartels 1953, 239.

geestelijke gezondheid - maar in de loop van de jaren vijftig en zestig in toenemende mate ook inhoudelijk. Desondanks voldeden veel katholieke bureaus jarenlang niet aan de normen van het NFGV, met name omdat er geen psychiaters en gediplomeerde psychiatrisch-sociaal werkers aan verbonden waren. Tegelijkertijd wisten de katholieken een steeds groter deel van de beschikbare subsidiegelden binnen te halen, wat achterdocht en irritatie opwekte van met name Querido en Lekkerkerker, die professionaliteit voorop stelden. Het lukte de katholieken zelfs om de subsidierichtlijnen in hun richting bij te buigen.[2386]

Geleidelijk aan veranderde de werkwijze van de katholieke bureaus. De in 1948 vanuit de R.K. Artsenvereniging en het Wit-Gele Kruis opgerichte Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting, die onder het gezag van de bisschoppen stond, bezon zich op de vraag hoe de bureaus psychohygiënische doeleinden konden nastreven zonder de katholieke moraal uit het oog te verliezen en de pastorale taak prijs te geven.[2387] Vanuit de vernieuwingsgezinde Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid werd erop gewezen dat veel moeilijkheden in verband met de katholieke huwelijksmoraal een psychische achtergrond hadden en nieuwe, professionele benaderingen vereisten. Het eerste teken van verandering was dat priesters een stap terug deden en artsen een meer prominente rol kregen: zij gingen de spreekuren verzorgen. Hoewel de bisschoppen vasthielden aan het pastorale karakter van de huwelijksvoorlichting, werden vervolgens in 1952, mede op advies van Trimbos, vier nieuwe bureaus ingericht, nu Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden genaamd. Daaraan waren behalve huisartsen en priesters ook psychiaters en maatschappelijk werksters en later ook psychologen verbonden.[2388]

Ook in de andere katholieke bureaus verschoof het accent in de loop van de jaren vijftig en begin zestig van pastorale naar geestelijke gezondheidszorg. De omvorming van de kerkelijke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting in psychohygiënische Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden verliep echter niet zonder strijd. Net als bij de toepassing van psychotherapie stuitten psychiaters, psychologen en maatschappelijk werksters op weerstand van geestelijken en (huis)artsen die hun gezag over het gezin bedreigd zagen en de psychohygiënische nieuwlichterij, het 'gepsychologiseer' en het 'psychologengedoe', zoals een van hen het uitdrukte, buiten de deur wilden houden.[2389] Psychiaters en psychologen verheelden niet dat zij huisartsen vanwege hun moralisme niet altijd even geschikt achtten om psychische en relationele moeilijkheden te behandelen, ook al rekenden die psychosomatische en neurotische klachten tot hun werkveld. Vooral als het om geboorteregeling ging stonden psychohygiënisten, door hun tegenstanders aangeduid als de 'psychischen', en behoudende artsen, die zich als vurige verdedigers van de roomse huwelijksmoraal een positie naast de clerus hadden veroverd en die als de 'orthodoxen' of 'biologischen' golden, lijnrecht tegenover elkaar.[2390]

Met hun nadruk op het belang van gezonde affectieve verhoudingen in het gezin profileerden de psychohygiënisten zich tegenover zielzorgers en artsen die zich hadden toegelegd op de bewaking van het 'natuurlijke' doel van het huwelijk: de voortplanting.

[2386] Westhoff 1996, 208, 246, 252, 404; vergelijk Oort-Wegelin 1951; Lekkerkerker 1958a.
[2387] Bless 1948; Hoegen 1952, 343.
[2388] Van der Spek 1951; Bijlsma 1954; Westhoff 1996, 145.
[2389] Westhoff 1996, 110-111, 231, 240.
[2390] Westhoff 1996, 385.

Terwijl in het *R.K. Artsenblad* de 'natuurwet' richtlijn bleef en artsen geboortebeperking alleen bij hoge uitzondering, in overleg met priesters en door middel van periodieke onthouding toestonden, opperden psychologen en psychiaters dat de kwaliteit van de emotionele banden in het gezin een legitieme psychohygiënische reden voor geboorteregeling kon zijn.[2391] Woordvoerders van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid wezen erop dat kinderen in grote gezinnen mogelijk te weinig affectieve aandacht van hun ouders kregen, wat later maar al te vaak tot psychische moeilijkheden leidde. Tegenover de traditionele zielzorg en de medische behandeling bakenden de katholieke psychohygiënisten hun eigen interventieterrein af: de gevoelsrelaties tussen (toekomstige) huwelijkspartners en tussen ouders en kinderen in het gezin.[2392] Traditioneel waren de nauw omschreven 'natuurlijke' rechten en plichten van man en vrouw afgestemd op het primaire huwelijksdoel, de voortplanting, en kwam de ontplooiing van de echtelijke liefdesband op de tweede plaats. In de jaren vijftig formuleerden de woordvoerders van de Katholieke Centrale Vereniging een nieuw huwelijksideaal, volgens hetwelk de affectieve eenwording in het seksuele contact minstens zo belangrijk was als de kinderen die er mogelijk het gevolg van waren. Terwijl in de katholieke wereld voorheen vooral was gewezen op de zedelijke gevaren die huwelijk en gezin van buitenaf bedreigden, richtten de psychohygiënisten hun aandacht op de innerlijke kwaliteit van het huwelijks- en gezinsleven. Het ging hen in de eerste plaats om gezonde emotionele gezinsverhoudingen en persoonlijke ontplooiing.

Trimbos, die leiding gaf aan het Katholieke Bureau voor Huwelijksaangelegenheden in Amsterdam, omschreef geestelijke gezondheidszorg als 'de preventieve of curatieve zorg van bedreigde of gestoorde relaties'.[2393] Hem was gebleken dat het veel katholieke echtelieden niet alleen ontbrak aan kennis op het gebied van seksualiteit, maar ook aan een goede psychische voorbereiding op het huwelijk. Het doorsnee huwelijk was volgens hem 'dor en hopeloos ongecultiveerd in psychologische en anthropologische zin'.[2394] De traditionele katholieke huwelijksinstructie door priesters, die het huwelijk in de eerste plaats als instrument voor de voortplanting zagen en voornamelijk over rechten en plichten spraken, schoot jammerlijk tekort. Psychische 'volwassenheid en uitgerijptheid', zo betoogde Trimbos, waren de voorwaarden voor een succesvol huwelijk, dat zijn bekroning vond in de 'overgave aan en [het] aannemen van de ander'.[2395] Opvoedingsproblemen en huwelijksmoeilijkheden vonden hun oorzaak in gestoorde relaties tussen man en vrouw en deze waren weer geworteld in 'psychisch onvermogen'.[2396] In de cursussen die Trimbos in de jaren vijftig in Amsterdam opzette voor verloofden, de zogenaamde huwelijksschool, werd niet alleen op een voor katholieken ongehoord open manier over seksualiteit en geboorteregeling, maar ook over mogelijke relatieproblemen gesproken. Een gezonde seksualiteitsbeleving kwam de kwaliteit van de huwelijksrelatie ten goede en omgekeerd. Ook de protestantse Hendrik Pierson Vereniging verzorgde dergelijke cursussen.[2397] Relatievorming, 'de wankele bodem der wederzijdse gevoelsbetrekkingen' in de woorden

---

[2391] Vaessen 1953.
[2392] Berger en Janssen 1980; Van Berkel 1990.
[2393] Trimbos 1960, 19; vergelijk Trimbos 1956, 261; Trimbos 1959, 251.
[2394] Trimbos 1954, 132.
[2395] Trimbos 1961, 94.
[2396] Trimbos 1959, 251.
[2397] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 248.

van Trimbos, was de spil van de nieuwe huwelijks- en seksuele moraal, die katholieke en ook protestantse psychohygiënisten in de jaren vijftig en zestig uitdroegen.[2398]

Niet alleen vanwege het verzet van behoudende geestelijken en artsen verliep de omvorming van de katholieke huwelijksbureaus tot voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg moeizaam. In de katholieke wereld was ook sprake van een tekort aan psychiaters en voor dit werk opgeleide maatschappelijk werksters. Begin jaren vijftig waren er nog geen honderd katholieke zenuwartsen op een totaal van ongeveer 450, terwijl de katholieken bijna veertig procent van de Nederlandse bevolking uitmaakten.[2399] Deels namen psychologen, wier aantal in de katholieke wereld snel toenam, de plaats in van psychiaters in ambulante voorzieningen. Psychiatrisch-sociaal werksters - meestal jongere ongehuwde vrouwen - daarentegen stuitten op nogal wat wantrouwen en als ze al werden aangesteld dan was het in een ondergeschikte positie.[2400] Medio jaren vijftig vormden psychiaters, psychiatrisch-sociaal werksters en psychologen nog een minderheid in de 15 Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden die toen functioneerden: tegenover 19 zenuwartsen, 12 psychologen en 12 maatschappelijk werksters stonden 48 huisartsen, 11 gynaecologen en 21 priesters.[2401] Pas begin jaren zestig waren alle 25 katholieke bureaus in psychohygiënische zin geprofessionaliseerd en werd de nauwe organisatorische band met de kerk doorgesneden. De kerkelijke commissie voor huwelijksvoorlichting, waarin vertegenwoordigers van de bisdommen zitting hadden, maakte in 1965 plaats voor het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus dat onderdak vond bij het KNBGG.

Aan de hand van dossiers, die verslagen bevatten van gesprekken tussen hulpverleners en cliënten, is de hulpverleningspraktijk van het Amsterdamse katholieke Bureau voor Huwelijksaangelegenheden in de periode 1954 tot 1966 onderzocht.[2402] Deze weerspiegelt de hierboven gesignaleerde ontwikkelingen. In de jaren vijftig voerden huisartsen en priesters nog de boventoon en bestond de hulpverlening voornamelijk uit medische en pastorale bijstand bij geboortebeperking en andere problemen op het gebied van voortplanting en seksualiteit. Vaak ging het om onduidelijkheid rond de aanvaardbaarheid van anticonceptie en de toepassing van periodieke onthouding, onenigheid tussen man en vrouw over de frequentie van het seksuele verkeer en de angst van de vrouw voor zwangerschap. De oplossing werd vooral bij de vrouw gezocht; zij moest een weg vinden tussen enerzijds de vermeende 'natuurlijke' seksuele aandrang van de man en de katholieke huwelijksverplichtingen en anderzijds een verantwoorde manier om ongewenste zwangerschappen te voorkomen.

Hoewel de inbreng van psychiaters en de psychiatrisch-sociaal werksters in de loop van de jaren vijftig groter werd, konden zij pas rond 1960 hun stempel drukken op de hulpverleningspraktijk. Naarmate hun aantal toenam, verschoof de aandacht van de medisch-biologische en morele aspecten van de voortplanting naar psychische en relationele moeilijkheden. Zij beschouwden het huwelijk als wisselwerking tussen twee karakters, een relatie waarin de echtelieden hun attitudes en emoties zodanig op elkaar zouden moeten afstemmen dat ze bijdroegen aan elkanders zelfontplooiing. Vastliggende medische diagnosen en kerkelijke voorschriften maakten plaats voor een gedifferentieerd

---

[2398] Trimbos 1959, 228.
[2399] Westhoff 1996, 217.
[2400] Sommer 1985; Westhoff 1996, 226; Willemsen 2001, 99.
[2401] Westhoff 1996, 226.
[2402] Sommer 1983, Sommer 1984 en Sommer 1985.

beroep op (zelf)inzicht, aanvoelen en attitudeverandering, met name bij de vrouw. Terwijl de psychiater zich richtte op de individuele psyche, hield de psychiatrisch-sociaal werkster zich vooral bezig met de relationele dimensie. Beiden hanteerden een aan de dieptepsychologie en psychoanalyse ontleend referentiekader. Hun benadering zette zich in de jaren zestig door: ook van de man, die daarvoor nogal op de achtergrond was gebleven, werd 'bewustwording', 'partnerschap', emotionele betrokkenheid en inleving verwacht. Voor een bevredigend huwelijk was het nodig dat de man en de vrouw elkanders belevingswereld deelden en op elkaar afstemden. Ze moesten voortdurend 'werken' aan de kwaliteit van hun relatie.[2403] Voor de cliënten, die voor het merendeel uit de arbeidersklasse afkomstig waren, waren dergelijke eisen niet vanzelfsprekend. Uit de frequente huisbezoeken en de correspondentie van de psychiatrisch-sociaal werkster valt op te maken dat velen aanvankelijk niet vanzelf kwamen, maar min of meer moesten worden aangemoedigd.

Ook in andere katholieke bureaus verloren de godsdienstige oogmerken en de medische aanpak hun relevantie en gingen in de jaren zestig de nieuwe *social casework*- en *counseling*methodieken de hulpverlening bepalen. Het aantal psychiatrisch-sociaal werksters nam toe en zij breidden hun taken uit. Evenals de psychiaters zochten zij de oorzaak van huwelijksmoeilijkheden niet, zoals voorheen de huisartsen en de priesters, in het lichaam (van de vrouw) of het geweten, maar in relatiestoornissen die zouden zijn terug te voeren op de persoonlijkheidsstructuur en de verhoudingen in het ouderlijk gezin. 'In die heerlijke jaren zestig hadden we volop gelegenheid ons vrij te concentreren en te verdiepen in de problematiek van onze cliënten. […] de relatieproblemen kregen bij ons de volle aandacht', aldus een medewerkster.

> Al werkend ontdekten wij patronen in hun wisselwerking: dominantie-submissie-verhoudingen, en kregen meer zicht op het ontstaan van problemen, die duidelijk verband bleken te hebben met de opgedane ervaringen in het ouderlijk gezin. Maar vooral ontdekten wij van welk effectief belang de relatie van de therapeut met beide echtelieden kon zijn. […] Steeds meer werd het huwelijk gezien als een dynamisch partnerschap en bestudeerd vanuit de sociologie en de toen opkomende humanistische psychologie.

Zowel de individuele psychotherapie als de gezins- en partnerrelatietherapie deden hun intrede en daarin 'werd licht geworpen op de onbewuste processen in ieder individu, tussen partners, en ook tussen hulpverlener en cliënten’. Naarmate de invloed van psychotherapeutische werkwijzen toenam, signaleerden hulpverleners vaker een gebrek aan zelfwerkzaamheid bij de cliënten: 'Aan het nemen van eigen verantwoordelijkheid kwamen velen niet toe, gewend als ze waren die over te laten aan kerkelijke, maatschappelijke of ouderlijke autoriteiten.'[2404]

In de jaren zestig waren de verschillen tussen confessionele en neutrale of humanistische bureaus verbleekt en golden 'tussenmenselijke dynamische relaties' in vrijwel alle instellingen als het kader waarin huwelijks- en gezinsproblemen aan de hand van psychoanalytische noties als identificatie, overdracht en weerstand waren te

---

[2403] Sommer 1983, 30.

[2404] Geelen-Voss 1987, 104, 107, 109; vergelijk Geelen-Voss 1966; Nevejan 1966; Willemsen 2001, 139, 141.

begrijpen.[2405] De bureaus behandelden vooral, zo was in de *Gids voor Geestelijke Gezondheidszorg* te lezen, 'moeilijkheden in de verhouding tot anderen' en 'moeilijkheden […] waarin de situatie van de hulpzoekende niet kan worden verklaard dan wanneer inzicht bestaat in de gecompliceerde psychologische achtergronden'.[2406] Om deze moeilijkheden op te lossen was het nodig dat cliënten zich bewust werden van hun gedragingen, houdingen, drijfveren en gevoelens en dat ze hun emoties uitten. De kwaliteit van de intieme relaties in het gezin werd van grote betekenis geacht voor de psychische spankracht waarover mensen dienden te beschikken om zich te handhaven in de onpersoonlijke prestatiemaatschappij. De nadruk op interpersoonlijke relaties betrof ook de verhouding tussen behandelaar en cliënt: de deskundige moest over de vaardigheden beschikken om de hulpvrager als 'medemens' te benaderen en met behulp van gesprekstechnieken een vertrouwensrelatie met hem of haar op te bouwen.[2407]

De veranderende opvattingen over huwelijk en gezin in de geestelijke gezondheidszorg droegen ertoe bij dat psychiaters steeds openlijker gingen pleiten voor geboorteregeling, een onderwerp dat tot dan toe alleen door de omstreden Nieuw-Malthusiaanse Bond en haar naoorlogse opvolger, de NVSH, op de maatschappelijke agenda was gezet en dat in de gevestigde medische wereld nauwelijks aandacht kreeg. In het zogenaamde blauwe boekje van de KNMG, *Medische ethiek en gedragsleer* (1953) was te lezen dat systematisch toegepaste contraceptie tot psychische schade zou leiden. Tussen 1949 en 1964 verschenen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geen artikelen over geboorteregeling.[2408] De redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* daarentegen wijdde in 1963 een themanummer aan dit onderwerp in de vorm van de weergave van een genuanceerde discussie tussen vertegenwoordigers van de verschillende levensbeschouwelijke richtingen onder leiding van de priester en filosoof Ruygers. Allen erkenden dat er in de samenleving een legitieme behoefte bestond aan voorbehoedmiddelen en dat de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke taak had te vervullen om de onzekerheid en 'nood' op dit terrein te lenigen. Het taboe op anticonceptie en de wettelijke beperkingen die voor de verkoop van voorbehoedsmiddelen golden, waardoor deze alleen heimelijk in de clandestiene sfeer en in 'allerlei obscure, commerciële zaakjes' te verkrijgen waren, moesten plaats maken voor openheid en bespreekbaarheid.[2409] Voor een verantwoorde en volwassen, goed gemotiveerde toepassing van anticonceptie was het nodig dat angst en schuldgevoelens op het gebied van het geslachtsleven met goede psychohygiënische voorlichting werden tegengegaan en dat de relationele betekenis van seksualiteit centraal kwam te staan.

Het wantrouwen in kerkelijke en katholieke medische kringen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg verdween in de jaren zestig, vooral omdat veel artsen en geestelijken hun opvattingen over geboorteregeling ook verruimden. Mede onder invloed van de Lambeth-conferentie van Anglicaanse bisschoppen in 1930, waarop een toegevender standpunt ten aanzien van geboortebeperking werd geformuleerd, was in de jaren dertig al een kentering op gang gekomen in Nederlands Hervormde kring. In een *Herderlijk schrijven* had de Nederlands Hervormde Kerk zich in 1952 uitgesproken voor

---

[2405] Pols 1989, 62-69; Mol en Van Lieshout 1989, 213-215.
[2406] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 97.
[2407] Geelen-Voss 1966, 7; Mol en Van Lieshout 1989, 218, 253.
[2408] De Bruijn 1979, 163-165.
[2409] Derksen et al. 1963, 97, 100, 106.

een verantwoorde toepassing van geboorteregeling en daarbij de eigen waarde van seksualiteit voor de huwelijksrelatie onderstreept. Vijf jaar later kwam met steun van verschillende protestantse kerken de Protestantse Stichting ter Bevordering van Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG) tot stand, die samenwerking zocht met de BLGM's en zich in 1966 aansloot bij het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid. De PSGV zette eigen consultatiebureaus op met maatschappelijk werksters, pastoraal medewerkers, artsen en psychiaters ter bevordering van een 'geestelijk gezond geslachtsleven'.[2410] In een Synodaal besluit aanvaardden de Gereformeerde Kerken het gebruik van voorbehoedmiddelen officieel in 1963.[2411] In hetzelfde jaar liet bisschop W.M. Bekkers op de televisie weten dat hij de beslissing over het kindertal als een persoonlijke gewetenskwestie van gehuwden zag. Veel katholieken vatten zijn uitspraak op als een sanctionering van wat psychohygiënisten al langer voorstonden.[2412] Bovendien kregen de nieuwe ideeën begin jaren zestig een gunstig onthaal van een breed katholiek publiek toen Trimbos deze uiteenzette in een serie voordrachten voor de KRO-radio en -televisie en in enkele populariserende publicaties, zoals *Gehuwd en ongehuwd* (1961), *Samenleven in huwelijk en gezin* (1962) en *Man en vrouw, de relatie der seksen in een veranderende wereld* (1964). Zijn radiopraatjes riepen veel instemmende reacties op en hij ontving honderden brieven van luisteraars.[2413]

Zowel in de confessionele als in de neutrale geestelijke gezondheidszorg werd in de jaren zestig openlijk gepleit voor gezinsplanning en seksuele voorlichting. Daarbij zagen psychiaters een belangrijke taak voor zich weggelegd, omdat moeilijkheden op dit gebied in hun ogen onverbrekelijk verbonden waren met 'psychologische problematiek'.[2414] Met de introductie van de pil (1962) en de vergoeding daarvan door het ziekenfonds (1971) waren het echter vooral huisartsen die de begeleiding bij geboorteregeling ter hand namen. Bovendien bleek al gauw dat mensen op dit gebied hun eigen verantwoordelijkheid namen en zonder psychiatrische of psychologische begeleiding konden. Hoewel Rome anticonceptie in de encycliek *Humanae Vitae* (1968) veroordeelde, zetten de meeste katholieken evenals de protestanten principiële bezwaren tegen geboorteregeling opzij en nam het gebruik van voorbehoedmiddelen, vooral de pil, in snel tempo toe. Zij wisten zich daarbij gesteund door het overheidsbeleid. Twee jaar eerder hadden de katholieke bewindslieden Veldkamp en Bartels een Volksgezondheidsnota uitgebracht waarin zij pleitten voor betere voorlichting over geboorteregeling en ruimere verspreiding en verkrijgbaarheid van voorbehoedmiddelen. Zij waren geadviseerd door een werkgroep, waarvan de helft uit psychiaters (Querido, Trimbos en Van Emde Boas) bestond. Tegelijkertijd kwam een commissie van de NFGV en de algemene, protestantse en katholieke landelijke bureaus voor geestelijke gezondheidszorg onder grote aandacht van de media met een verklaring die het belang van een versoepeling van de seksuele moraal voor de geestelijke volksgezondheid onderstreepte. De overheid zou

---

[2410] Blankestijn 1965, 245; Dupuis 1966.
[2411] De Bruijn 1979, 158.
[2412] Een paar jaar later verscheen Bekkers op de buis in een begripvol tweegesprek met M. Zeldenrust-Noordanus, de voorzitster van de NVSH. De bisschoppen hadden deze vereniging evenals het Humanistisch Verbond in hun Amendement (1954) nog in de ban gedaan vanwege hun opvattingen over geboorteregeling.
[2413] Westhoff 1996, 257-260.
[2414] Derksen et al. 1963, 108; Trimbos 1963; Musaph 1961 en Musaph 1965.

de voorlichting en hulpverlening op dit terrein moeten bevorderen en ondersteunen en de wettelijke restricties met betrekking tot de verspreiding van voorbehoedmiddelen dienden te verdwijnen.[2415] Mede dankzij de activiteiten van het KNBGG op dit gebied werd vanaf het eind van de jaren zestig op veel scholen seksuele voorlichting ingevoerd met nadruk op de belevingsaspecten en aandacht voor zelfbevrediging, anticonceptie en homoseksualiteit.[2416] In de jaren 1968 en 1969 verdwenen de artikelen tegen de verspreiding van voorbehoedmiddelen uit het Wetboek van Strafrecht.

Vertegenwoordigers van de beweging voor geestelijke volksgezondheid hebben in de jaren vijftig en zestig sterk bijgedragen tot een verandering van de seksuele moraal, waardoor zij mede de basis hebben gelegd voor de herziening van de zedelijkheidswetgeving en de zogenaamde seksuele revolutie. Daarbij zal de toenemende populariteit en dreigende concurrentie van de NVSH, die zich naast geboorteregeling ook bezig wilde houden met persoonlijke en relationele moeilijkheden en bredere seksuele hervorming, een stimulerende rol hebben gespeeld. In de jaren vijftig en zestig verviervoudigde haar ledental van rond 50.000 tot meer dan 200.000 en groeide het aantal cliënten van haar consultatiebureaus van ruim 12.000 tot bijna 118.000.[2417] In een tijd dat er een wettelijk verbod rustte op de openbare verkoop van voorbehoedmiddelen, kwam de NVSH duidelijk tegemoet aan een steeds grotere behoefte. Overigens leek de visie van de NVSH op seksualiteit sterk op de nieuwe psychohygiënische moraal: ook de seksuele hervormers hadden moeite met seksuele lust als doel op zich en benadrukten dat verantwoord seksueel gedrag was ingebed in een bestendige affectieve relatie.[2418] De NVSH, waarin psychiater-seksuologen als Van de Emde Boas en Musaph actief waren, kreeg erkenning als organisatie op het gebied van de geestelijke volksgezondheid. Vanaf 1964 ontving de vereniging een bijdrage uit het Preventiefonds en was zij lid van het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.[2419] Het in 1967 opgerichte Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek droeg het stempel van zowel de geestelijke gezondheidszorg als de seksuele hervormingsbeweging. Het bestudeerde seksualiteit vanuit psychologisch en sociologisch oogpunt, met nadruk op de beleving en relationele aspecten en met de bedoeling om bij te dragen aan een verbetering van de hulpverlening en de emancipatie op dit terrein.[2420]

Niet zozeer de bevrijdingsideologie en de radicale experimenten van de seksuele revolutie zijn bepalend geweest voor de seksuele liberalisering, maar veeleer de accentverschuiving in de betekenis en waardering van seksualiteit, waarvoor pastorale en psychohygiënische opinievormers als Trimbos de basis legden.[2421] Voor de jaren zestig overheerste het idee dat de seksuele impulsen vanwege hun moeilijk beheersbare en explosieve aard een voortdurende bedreiging vormden voor de morele orde en dat ze door strikte regels en van buitenaf opgelegde controle moesten worden onderdrukt. De wantrouwende en gespannen houding ten aanzien van seksualiteit maakte plaats voor een

---

[2415] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965b; vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1966.
[2416] Westhoff 1996, 413-418.
[2417] Nabrink 1978, 220, 388; De Bruijn 1979, 155.
[2418] Zeldenrust-Noordanus 1966; De Rooy 2001, 232; Röling 1997.
[2419] Nabrink 1978, 261, 556.
[2420] Witte 1978.
[2421] Oosterhuis 1997; vergelijk Zahn 1989, 218.

positieve waardering ervan binnen affectieve relaties. Terwijl de traditionele repressieve moraal met weinig, maar ondubbelzinnige en strikte verboden toekon en gepaard ging met uitwendige dwang en controle, vergde de nieuwe relatiemoraal meer subtiele omgangsregels, die een beroep deden op het vermogen van mensen om met elkaar te onderhandelen en zich in anderen in te leven. Mensen kregen meer ruimte om hun verlangens tot gelding te brengen, maar tegelijkertijd moesten ze steeds meer rekening houden met de rechten en gevoelens van hun partners. De tolerantie op seksueel gebied betekende niet dat ze zich door hun driften lieten leiden. Integendeel, gelijkheid en wederkerigheid vereisten juist beheerst gedrag.

Door de koppeling van seksuele liberalisering aan zelfbeheersing en individuele verantwoordelijkheid bood het nieuwe christelijk-humanistische waardenpatroon een middenweg tussen driftverzaking en teugelloos hedonisme. Over het algemeen pleitten de psychohygiënisten niet voor grotere vrijheid omwille van het genot, maar omdat seksuele ontplooiing goed zou zijn voor persoonlijke groei en de geestelijke gezondheid. Zo bracht Trimbos naar voren dat geboorteregeling ten onrechte werd geassocieerd met onzedelijkheid, lichtzinnigheid en egoïsme.

> Als men […] bedenkt hoe moeizaam en tijdrovend vaak het proces is waarin man en vrouw seksueel naar elkaar toe groeien en hun seksualiteit weten te integreren en in dienst te stellen van hun liefdesrelatie, dan wordt het duidelijk dat geboorteregeling in een huwelijk een ernstige zaak is, die de volle aandacht van beide partners behoeft.

De toepassing van nieuwe anticonceptiemethoden zou met de nodige 'moeite en goede wil' kunnen bijdragen tot 'het realiseren van een belevingspatroon waarbij de diepe moderne behoeften aan medemenselijkheid in en door de seksuele huwelijksrelatie tot de volheid van mens-zijn kunnen worden gebracht'.[2422]

Als Staatssecretaris voor Volksgezondheid liet Bartels zich in gelijke zin uit. Op een studiedag van het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid en de PSVG in 1966 kondigde hij aan dat de regering de wetsbepalingen die het verstrekken van voorbehoedmiddelen aan minderjarigen en het openlijk tentoonstellen en aanbieden ervan strafbaar stelden, wilde afschaffen. Geboorteregeling moest volgens Bartels uit de taboesfeer worden gehaald; het ging om 'een levensterrein, waarop de mens van vandaag zijn weg tracht te vinden door eigen beslissingskracht, gegrond op een persoonlijk en gevormd geweten'. Maar dit betekende niet, zo benadrukte hij, dat de overheid een carte blanche afgaf.

> Overigens ben ik van mening dat de bevordering van een bewuste stellingneming de persoonswaarde, en het verantwoordelijkheidsbesef dat daaraan inhaerent is, op allerlei levensterreinen in de voor ons liggende jaren de aandacht van ons allen steeds meer zal moeten gaan opeisen, omdat door uitbreiding van ons technisch arsenaal de ongehoord nieuwe mogelijkheden van de mens en de mensheid tot verantwoorde stellingneming noodzaakt.

[2422] Trimbos 1963, 181-182.

'Chaos rond eros', in de woorden van Bartels, was niet gewenst.[2423] Ook psychiaters die niet, zoals Trimbos en Bartels, afkomstig waren uit de katholieke wereld, hanteerden dergelijke argumenten om anticonceptie te rechtvaardigen. Musaph, die psychiaters een taak toedacht in het diagnostiseren en wegnemen van 'abnormale' psychologische weerstanden tegen de pil, benadrukte dat het gebruik ervan verantwoordelijkheidsgevoel vereiste en in dienst moest staan van een 'volwassen seksueel leven'; de angst voor een toename van buitenechtelijk seksueel verkeer zou dan ongegrond zijn.[2424] Van Emde Boas benadrukte eveneens dat de emotionele weerstand tegen anticonceptie overwonnen moest worden ten behoeve van het psychosociale welbevinden.[2425] Op het hoogtepunt van de seksuele revolutie nam hij in zijn oratie ter gelegenheid van zijn benoeming tot hoogleraar in de seksuologie aan de Leidse universiteit stelling tegen de ontkoppeling van liefde en seks. Het idee van seksualiteit als hedonistisch consumptieartikel riep weerzin bij hem op.[2426]

Om het streven naar seksuele hervorming te legitimeren, maakten de woordvoerders van de geestelijke gezondheidszorg niet alleen gebruik van hun wetenschappelijke deskundigheid, maar ook van een ethische en pedagogische argumentatie. Hun betogen hadden soms veel weg van preken, waarin het opgehouden vingertje voortdurend werd afgewisseld met het bemoedigende schouderklopje. Ten einde de bespreekbaarheid van seksualiteit in goede banen te leiden, riepen zij mensen op om zich met hoogstaande morele principes te identificeren en deden zij een beroep op hun geweten en verantwoordelijkheidsbesef. Tobberige bezorgdheid en nauwgezet gewetensonderzoek gingen samen met de optimistische verwachting dat het pleidooi voor acceptatie en tolerantie bijdroeg aan de geestelijke volksgezondheid. De confessionele deskundigen hadden zoveel succes omdat ze met moreel gezag spraken en het grootste deel van de bevolking in het toen nog door en door christelijke Nederland vertrouwd was met de vorm van hun boodschap, het morele appèl. Maatschappelijke en politieke vraagstukken werden in confessionele kring en ook daarbuiten vaak gepresenteerd als gewetenskwesties.

[2423] Bartels 1966, 421, 424.
[2424] Musaph 1965, 228.
[2425] Van Emde Boas 1963.
[2426] Van Emde Boas 1973, 26; vergelijk Bos 1972b, 71-72.

Nabeschouwing

In de inleiding van dit deel stelden wij dat de jaren vijftig een ommekeer in zowel de inrichtingspsychiatrie als de ambulante geestelijke gezondheidszorg markeren. Deze bestond niet zozeer uit grootschalige nieuwbouw van inrichtingen of een andere organisatie van de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Weliswaar zagen tijdens de oorlog nieuwe psychohygiënische instellingen, het IMP en het BLGM, het daglicht en kwam de militaire psychiatrie tot ontwikkeling, maar de wijze waarop het gehele psychiatrische werkveld was ingericht, vertoonde een grote mate van continuïteit met de constellatie zoals die zich in de jaren dertig had gevormd. Daarin bestond afstand tussen enerzijds de inrichtingspsychiatrie en anderzijds de extramurale sociaalpsychiatrische en psychohygiënische voorzieningen. Het streven direct na de oorlog naar een drastische reorganisatie op psychiatrisch terrein om de intra- en extramurale psychiatrie dichter bij elkaar te brengen en de verzuiling te doorbreken liep op niets uit. Organisatorisch gingen deze sectoren, grotendeels verzuild, verder hun eigen weg. Kenmerkend voor de inrichtingspsychiatrie was de externe differentiatie die op gang begon te komen door het ontstaan van aparte zorginstellingen voor zwakzinnigen en psychisch gestoorde bejaarden alsook van nieuwe voorzieningen als psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, poliklinieken en sluisinternaten voor bepaalde categorieën geesteszieken: acute lijders of ontslagen patiënten die geen volledige inrichtingsverpleging meer behoefden, maar ook niet zonder klinische zorg of sociale ondersteuning konden.

De ambulante voorzieningen, vooral de voor- en nazorgdiensten, de MOB's en de BLGM's, breidden zich in een vrij snel tempo uit, hoewel niet altijd zonder weerstand en grensschermutselingen, zoals de conflicten in de katholieke wereld over psychotherapie en de psychohygiënische hulpverlening op het terrein van gezin en seksualiteit alsook de discussies onder psychohygiënisten over de status van de BLGM's laten zien. Binnen de ambulante sector bestond een zekere afstand tussen enerzijds de sociaalpsychiatrische zorg voor geesteszieken en de alcoholverslavingszorg en anderzijds de instellingen die bij uitstek als psychohygiënische, dat wil zeggen mede op preventie gerichte voorzieningen golden: het MOB, het BLGM en het IMP. Deze twee categorieën verschilden van elkaar qua clientèle - geesteszieken en verslaafden versus mensen met minder zware psychosociale moeilijkheden - en qua aanpak: deels medische behandeling met medicijnen en deels maatschappelijk en justitieel werk met een zekere mate van dwang en dirigisme versus psychosociale en psychotherapeutische behandelingen waarin praten en psychologisch inzicht centraal stonden.

De belangrijke kentering die wij in de jaren vijftig signaleren, ligt in de eerste plaats op het inhoudelijke vlak, op het niveau van de bejegening en de behandeling van patiënten. Daarin vond een verschuiving plaats van een overwegend moreel- en sociaalpedagogische naar een sociaalpsychologische benadering, hoewel in de inrichtingspsychiatrie de medische aanpak zeker invloedrijk bleef en deze in de sociale psychiatrie aan invloed won. Juist de toepassing van de nieuwe psychofarmaca maakte de sociaalpsychologische vernieuwing mede mogelijk, omdat patiënten rustiger en aanspreekbaarder werden. Terwijl de opvoedkundige aanpak de collectiviteit vooropstelde en uitging van de aanpassing en onderschikking van individuen aan de voor iedereen geldende orde in de inrichting of in de maatschappij, bestond in de

sociaalpsychologische optiek aandacht voor hun persoonlijke belevingswereld en innerlijke gezindheid en kwam er ruimte voor communicatie, individuele expressie en (beheerste of geleide) zelfontplooiing. In de inrichtingen werd de actievere therapie opnieuw op de kaart gezet, aangevuld met bewegings- en creatieve therapie en, met name in Wolfheze, in sociotherapeutische richting verder ontwikkeld. In het streven naar de vergroting van de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van patiënten en cliënten vertoonden de inrichtingspsychiatrie en de ambulante hulpverlening opmerkelijke overeenkomsten, ondanks de afstand die er in organisatorisch opzicht tussen deze twee sectoren bestond.

Voorts kwam de vernieuwingsgezindheid in de inrichtingspsychiatrie tot uiting in de toenemende 'openheid' van inrichtingen, zowel van buiten naar binnen als van binnen naar buiten toe, alsook intern. Naarmate de capaciteit van open, aangewezen afdelingen steeg, werd voor meer patiënten een opname zonder een rechterlijke machtiging mogelijk. Met het (verder) slechten van deze barrière voor opname wonnen de inrichtingen althans in dit opzicht aan toegankelijkheid. Ook van binnen naar buiten toe betrachtten inrichtingen een grotere mate van openheid in die zin dat hieraan gelieerde of erop aansluitende voorzieningen zoals poliklinieken en sluisinternaten tot stand kwamen. Met name de sluisinternaten vervulden, evenals dit ten dele voor de oudere gezinsverpleging gold, een brugfunctie tussen de psychiatrische inrichting en de maatschappij daarbuiten voor patiënten kort voor of direct na hun ontslag uit de inrichting. Eenzelfde functie had de invoering van de tewerkstelling van patiënten op locaties buiten de inrichting aan de vooravond van hun ontslag. Daarnaast maakten andere activiteiten buiten de inrichting, zoals vakantieuitstapjes, in toenemende mate deel uit van het inrichtingsleven. Ook intern kwam binnen sommige inrichtingen een grotere mate van openheid tot stand door het slopen van hekken rond de paviljoens, het niet langer stelselmatig scheiden van mannen en vrouwen, en de ingebruikname van 'huisjes' op het inrichtingsterrein waar patiënten zoveel als mogelijk hun eigen huishouding voerden, al dan niet onder de benaming Sociotherapeutisch Centrum, zoals in Wolfheze gebeurde. In de jaren vijftig en begin zestig ademden beschouwingen over de plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting een geest van openheid en ook bescheidenheid. De idee dat de psychiatrische inrichting als een schakel op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg diende te worden opgevat, was weliswaar ook al eerder, namelijk tijdens het interbellum, geventileerd, maar kreeg in deze naoorlogse periode aanzienlijk meer bijval in de wereld van de inrichtingspsychiatrie.

In de jaren vijftig bestond onder psychohygiënisten weliswaar nog steeds bezorgdheid over de gevolgen van maatschappelijke veranderingen voor het geestelijk evenwicht van mensen, maar de toonzetting was vergeleken met de morele verontrusting over de zedenverwildering in de eerste naoorlogse jaren een geheel andere geworden. Waar eerder onvoorwaardelijke aanpassing aan een vaststaand, collectief normen- en waardenpatroon gold als toetssteen voor geestelijke gezondheid en de nadruk lag op de noodzaak om de onberekenbare driften en impulsen te onderdrukken, won nu het inzicht veld dat morele restricties en externe dwang slechts het uiterlijke gedrag van mensen raakten en de persoonlijke beleving en houding onberoerd lieten. Moeilijkheden moesten bespreekbaar worden gemaakt en al pratende tot een oplossing worden gebracht. Geboden en verboden, sancties en uitsluiting maakten plaats voor het streven naar normalisering en integratie in de maatschappij door middel van begeleiding en ondersteuning. Daarbij kwam

het vooral aan op de internalisering van maatschappelijke normen en waarden in een autonoom zelf. Geestelijk gezond was niet degene die zich klakkeloos onderwierp aan regels en voorschriften, maar de zelfstandige, gewetensvol kiezende en verantwoordingsbewuste mens die een optimale zelfontplooiing nastreefde en zich weloverwogen aansloot bij de maatschappelijke modernisering.

De oorlog en de gevolgen ervan waren in zekere zin katalysator van de kentering in de jaren vijftig. Zowel in de intramurale psychiatrie als de beweging voor geestelijke volksgezondheid heerste na de oorlog een klimaat van urgentie. In de inrichtingspsychiatrie was deze ingegeven door de materiële schade die de oorlog teweeg had gebracht, de daarmee samenhangende overbevolking alsook het gebrek aan met name verplegend personeel. Een en ander leidde tot een herbezinning onder psychiaters op de functie van de inrichting, die zich meer in de richting van een therapeutische instelling, een ziekenhuis, dan van een verzorgings- of verpleeginrichting zou moeten ontwikkelen. De uittocht van niet-geneesbare patiënten als zwakzinnigen en later ook psychisch gestoorde bejaarden, die vanaf de jaren vijftig op gang kwam, zou ertoe leiden dat de bevolking van de psychiatrische inrichting minder divers werd en voor een steeds groter deel bestond uit geesteszieken in engere zin, dat wil zeggen lijders aan psychotische en neurotische stoornissen. In de beweging voor geestelijke volksgezondheid vormde na de bevrijding de (werkelijk bestaande of opgeklopte) ongerustheid over de geestelijke en morele verloedering van grote delen van de Nederlandse bevolking een stimulans tot oprichting van psychohygiënische voorzieningen. In de jaren vijftig bleef het gevoel van urgentie bestaan: de snelle sociaaleconomische transformatie van Nederland zou op geestelijk en cultureel gebied kwalijke gevolgen kunnen krijgen. Psychohygiënische hulpverlening zou noodzakelijk zijn om mensen die daardoor moeilijkheden ondervonden op te vangen en hen geestelijk te sterken, zodat ze zichzelf zouden kunnen ontplooien.

De in dit deel beschreven ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondersteunen de zogenaamde 'kraamkamerthese', die de recente geschiedschrijving van de naoorlogse periode beheerst.[2427] Het oudere beeld van de jaren vijftig als een grijs bewolkt en windstil intermezzo tussen de stormachtige bezettingsjaren en de turbulente jaren zestig vindt weinig instemming meer onder historici. Weliswaar verliepen de veranderingen geleidelijk en tastten zij de uiterlijke vormen van het politieke en maatschappelijke leven niet aan, maar de stabiliteit, behoudzucht en verstarring, die de jaren vijftig zouden hebben gekenmerkt, waren maar schijn. Tal van ontwikkelingen op technisch, economisch en sociaal terrein wezen juist op dynamiek en vernieuwingsgezindheid. De snelle modernisering van Nederland riep op het niveau van cultuur en mentaliteit tegenstrijdige reacties en spanningen op - enerzijds een teruggrijpen op en vasthouden aan tradities, anderzijds een streven naar flexible aanpassing - maar uiteindelijk sloeg de balans door naar vernieuwing, ook al werd daaraan vooralsnog slechts voorzichtig uitdrukking gegeven door een beperkte kring van intellectuelen en deskundigen. Psychiaters en andere hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg speelden hierbij een belangrijke rol, met name op het gebied van de persoonlijke zelfontplooiing in het algemeen en dat van huwelijk, gezin en seksualiteit in het bijzonder. De 'revolutie' van de jaren zestig kwam niet uit de lucht vallen. Inhoudelijk was de grondslag daarvoor grotendeels in de jaren vijftig gelegd. In de jaren zestig en

[2427] Zie met name Luykx en Slot 1997 en Schuyt en Taverne 2000.

zeventig zou het nieuwe ideeëngoed deels in geradicaliseerde vorm veel massaler aanhang krijgen en in praktijk worden gebracht.

Internationale invloeden speelden een belangrijke rol bij de naoorlogse vernieuwing van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Naast de deels oudere en deels nieuwere Duitse en Franse intellectuele stromingen als de fenomenologie, het personalisme en het existentialisme waren nieuwe, vanuit de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Frankrijk afkomstige hulpverleningsmethoden van betekenis: de in de Angelsaksische militaire psychiatrie ontwikkelde sociotherapie, de daarop geënte therapeutische gemeenschap en de psychofarmaca in de inrichtingspsychiatrie en het *social casework*, *counseling* en andere gesprekstechnieken in de ambulante hulpverlening. Verder kreeg het psychoanalytische gedachtegoed een nieuwe impuls doordat dit in veramerikaniseerde, dat wil zeggen in vereenvoudigde vorm en op een pragmatische manier in combinatie met andere denkrichtingen toepassing vond in diverse vormen van psychiatrische hulpverlening, zoals de psychotherapie die IMP en vrijgevestigde psychiaters boden en de psychosociale hulpverlening van het MOB en het BLGM. Met name door de Angelsakische invloed maakten de medisch-psychiatrische en moreel- en sociaalpedagogische behandelingsmethoden deels plaats voor een sociaalpsychologische aanpak. Van groot belang was dat de Engelse en Amerikaanse behandelingstechnieken vergeleken met oudere praktijken democratischer waren. Zo veronderstelden de sociotherapie, het *social casework* en *counseling* een zekere gelijkheid van hulpverlener en hulpvrager alsook een begripvolle houding van de eerste en de zelfbeschikking van de laatste.

Met de sterke Duitse beïnvloeding van de Nederlandse psychiatrie was het na de Tweede Wereldoorlog gedaan. In de nabeschouwing van deel 2 hebben wij er al op gewezen dat de Nederlandse en de Duitse psychiatrie, die grotendeels in de ban van de eugenetica was geraakt, zich al vanaf de jaren dertig van elkaar begonnen te verwijderen, ook al werkten Duitse voorbeelden uit de tijd van het tweede keizerrijk en de Weimar-republiek - zoals de fenomenologie en de actievere therapie - ook na de oorlog nog sterk door, deels in vernederlandste vorm. Afgezien van de algemene weerzin in Nederland tegen alles wat uit Duitsland kwam en de bredere culturele wending naar de Angelsaksische wereld, kon de eens internationaal toonaangevende Duitse psychiatrie in geen enkel opzicht meer een voorbeeld voor Nederland of welk ander land dan ook vormen. De naoorlogse Duitse psychiatrie was zwaar belast met de erfenis van het Derde Rijk, waarin duizenden geesteszieken en zwakzinnigen slachtoffer waren geworden van gedwongen sterilisatie, zogenaamde euthanasie oftewel moord en bewuste uithongering.[2428]

Na de oorlog werd de band tussen de sterk biomedisch georiënteerde psychiatrie en de nationaal-socialistische eugenetica in Duitsland nauwelijks aan de orde gesteld. Maar weinig psychiaters die bij de eugenetische praktijken betrokken waren geweest, werden ter verantwoording geroepen; de meesten konden hun loopbaan voortzetten, mede vanwege de behoefte aan ervaren artsen om de zwaar gehavende inrichtingspsychiatrie weer op te bouwen. Weliswaar nam de psychiatrische beroepsgroep nu afstand van de eugenetica - deze werd voorgesteld als een uitzonderlijke uitwas van een verder op zichzelf deugdelijke tak van medische wetenschap - maar de

[2428] Over de naoorlogse Duitse psychiatrie zie Mangen 1985c; Schmiedebach en Prieve 2004; Roelcke 2004; Roelcke 2005; Kersting 2003; Kersting 2005.

natuurwetenschappelijke oriëntatie, die al voor de oorlog de toon had aangegeven, bleef de Duitse psychiatrie beheersen. Mede daardoor en ook vanwege de weerzin en het wantrouwen onder de Duitse bevolking tegen alles wat met psychiatrie had te maken, konden sociaalpsychiatrische benaderingen en voorzieningen nauwelijks op steun rekenen, als er al de middelen voor beschikbaar waren. Voor zover er extramurale psychiatrische zorg werd geboden, was deze grotendeels in handen van vrijgevestigde zenuwartsen, die in de grotere steden waren geconcentreerd en die nauwgezet waakten over hun behandelmonopolie. Hun praktijken hadden een sterk medisch-neurologisch karakter en zij behandelden naast psychische stoornissen ook neurologische klachten en zenuwkwalen. Deze medische oriëntatie werd in de hand gewerkt door de ziektekostenverzekering, die tijdrovende gesprekstherapieën ontmoedigde. Bovendien behoorde psychotherapie hoe dan ook niet tot het psychiatrisch behandelrepertoire, aangezien zij in Duitsland, mede als gevolg van de afwijzing van de psychoanalyse door de Duitse universitaire psychiatrie, in een andere tak van de gezondheidszorg, de psychosomatische geneeskunde, tot ontwikkeling kwam.

Pas vanaf de vroege jaren zestig waren er nieuwe geluiden in de Duitse psychiatrie te horen. Onder verwijzing naar de oudere antropologisch-fenomenologische traditie in de psychiatrie en de sociaalpsychiatrische en socio- en psychotherapeutische vernieuwingen in andere westerse landen pleitten enkele psychiaters voor hervormingen. De oorzaak van de stagnatie in eigen land was volgens hen het onverwerkte oorlogsverleden, waardoor hun vak alle maatschappelijke aanzien had verloren en geen vertrouwen onder de bevolking genoot. De hervormingsgezinde psychiaters wilden de geïsoleerde inrichting transformeren tot een ziekenhuis dat midden in de maatschappij stond. Daarnaast pleitten ze voor extramurale psychiatrische voorzieningen, de invoering van sociaalpsychologische behandelvormen en aandacht voor de belevingswereld en de verantwoordelijkheid van de individuele patiënt. Daadwerkelijke vernieuwingen bleven vooralsnog echter beperkt tot enkele verspreide lokale en kleinschalige initiatieven. Het duurde tot het eind van de jaren zestig, toen onder invloed van een bredere democratiseringsbeweging het naziverleden onderwerp werd van een openbaar debat en er meer publieke aandacht kwam voor de levensomstandigheden van psychiatrische patiënten, dat op grotere schaal hervormingen in de Duitse psychiatrie op gang werden gebracht. De omvang van de inrichtingsbevolking bleef stijgen om begin jaren zeventig het hoogtepunt te bereiken.

De ontwikkelingen in de Britse en Amerikaanse psychiatrie vormen in menig opzicht een scherp contrast met die in Duitsland. In zowel de Verenigde Staten als het Verenigd Koninkrijk bracht de Tweede Wereldoorlog, evenals eerder de Eerste Wereldoorlog, psychiatrische vernieuwingen met zich mee. Zo pasten legerpsychiaters nieuwe behandelvormen, zoals korte psychotherapieën en groepsbehandelingen, toe op militairen die leden aan psychische spanningen en zenuwinzinkingen als gevolg van de confrontatie met oorlogsgeweld. Het ging om stoornissen die iedereen konden treffen en waarbij omstandigheden de oorzaak zouden vormen. Vooral in Groot-Brittannië vormden deze ervaringen na de oorlog een stimulans voor de toepassing van groepstherapieën, waarvoor de term sociotherapie gangbaar werd, en de instelling van zogenaamde therapeutische gemeenschappen in psychiatrische inrichtingen en klinieken.[2429] De

[2429] Shorter 1997, 229-236.

therapeutische gemeenschap onder leiding van de psychiater M. Jones speelde hierbij een voorbeeldrol. De nieuwe benadering gold als een vorm van sociale psychiatrie. De grondgedachte was dat psychische aandoeningen mede voortkwamen uit verstoorde menselijke relaties. De vrije communicatie tussen behandelaars en patiënten en tussen patiënten onderling moest de gemeenschapszin en de individuele verantwoordelijkheid bevorderen, waardoor herstel mogelijk werd. Sociotherapie, die somatische behandelingen niet uitsloot, werkte extramuralisering van de psychiatrische zorg in de hand. Tussen 1948 en 1958 kwamen in Groot-Brittannië tegen de 40 sociotherapeutische dagklinieken tot stand.[2430]

De Britse psychiatrie kreeg in de jaren vijftig internationaal aanzien, niet alleen vanwege de sociotherapie en de klinieken voor dagbehandeling, maar ook door het streven om het isolement van de inrichtingen te doorbreken en de zorg voor geesteszieken in de algemene gezondheidszorg te integreren.[2431] Acute stoornissen zouden op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moeten worden behandeld. Verder kwam er - tot op regeringsniveau - steeds meer steun voor een uitbreiding van sociaalpsychiatrische zorg door huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, waardoor chronische psychiatrische patiënten, mede dankzij psychofarmaceutische behandeling, met de nodige ondersteuning in de maatschappij konden leven. Deze ontwikkelingen werden eveneens mogelijk gemaakt door de in 1946 ingevoerde National Health Service, waaronder ook de psychiatrische zorg kwam te vallen. Door deze collectieve ziektekostenverzekering konden geesteszieken buiten de psychiatrische inrichtingen om aanspraak maken op behandeling. Nadat een regeringscommissie zich voor *community care* had uitgesproken, nam het parlement in 1959 een nieuwe Mental Health Act aan, die de oudere krankzinnigenwetgeving verving. Ten einde de barrière tussen ziekenhuis en maatschappij te slechten en *community care* te bevorderen werden de juridische procedures voor opname en ontslag vereenvoudigd. Twee jaar later voorspelde de conservatieve Minister van Volksgezondheid, E. Powell, in een toespraak op het jaarcongres van de National Association for Mental Health een sterke afname van het aantal bedden in psychiatrische inrichtingen. Groot-Britannië, dat in het midden van de jaren vijftig relatief over meer inrichtingsbedden beschikte dan andere Westerse landen, zou in Europa het eerste land zijn dat overging tot grootschalige de-institutionalisering.[2432]

In de Verenigde Staten bevorderden de vernieuwingen in de militaire psychiatrie tijdens de Tweede Wereldoorlog een verschuiving in de psychiatrische aandacht van inrichtingsverpleging naar extramurale behandeling, vooral door middel van psychoanalyse, en van genezing naar preventie.[2433] Na de oorlog verloren de inrichtingspsychiaters het overwicht in de Amerikaanse psychiatrie en trokken de voorstanders van de psychoanalytische en sociaal-psychologische benaderingen het initiatief naar zich toe. Sociale psychiatrie werd in de Verenigde Staten eerder geassocieerd met epidemiologie en psychische hygiëne dan met sociotherapie voor

---

[2430] Shorter 1997, 253.
[2431] Over de naoorlogse Britse psychiatrie zie Mangen en Rao 1985; Jones 1993; Busfield 1998; Welshman 1999; Jones 2004; Freeman 2005.
[2432] Mangen 1985b, 21-22; Goodwin 1997, 50-51; vergelijk Oosterhuis 2005b, 274, noten 10 en 11.
[2433] Over de naoorlogse Amerikaanse psychiatrie zie Grob 1994; Grob 2005; Shorter 1997.

geesteszieken en de extramuralisering van de inrichtingszorg.[2434] Een verschil met Groot-Brittannië was dat het vernieuwingsstreven zich niet zozeer richtte op de inrichtingspsychiatrie, maar op de psychohygiëne. De openbare psychiatrische inrichtingen waren grootschalige instellingen, waarin het ontbrak aan voldoende behandelaars en middelen om sociotherapeutische vernieuwingen door te voeren. Somatische therapieën als lobotomie daarentegen vonden wel frequent toepassing, evenals de in het begin van de jaren vijftig geïntroduceerde psychofarmaca.[2435]

Van groot belang was dat de vernieuwingsgezinde psychiaters gehoor vonden bij de federale overheid, die zich tot dan toe nauwelijks met psychiatrie had beziggehouden, aangezien de verpleging van geesteszieken in openbare inrichtingen vanouds onder verantwoordelijkheid van de deelstaten viel. De groeiende invloed van de federale overheid op het gebied van de gezondheidszorg en de sociale voorzieningen na de Tweede Wereldoorlog droeg ertoe bij dat de beweging voor geestelijke volksgezondheid een sterke impuls kreeg. Er kwamen federale beleids- en adviesinstellingen voor de geestelijke hygiëne, die ambitieuze plannen ontvouwden en een effectieve lobby vormden. De National Mental Health Act van 1946 voorzag in federale ondersteuning van (vooral sociaal- en gedragswetenschappelijk) onderzoek, opleidingen voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg (naast psychiaters ook klinisch psychologen, psychiatrisch-sociaal werkers en sociaal-psychiatrische verpleegkundigen) en (experimentele) voorzieningen op het gebied van de geestelijke hygiëne zowel als alternatief voor de grootschalige en maatschappelijk geïsoleerde inrichtingen als voor de behandeling van minder ernstige stoornissen ter voorkoming van geestesziekte. In het midden van de jaren vijftig waren er bijna 1.300 psychiatrische klinieken voor ambulante behandeling opgericht, vooral in de staten in het noordoosten, die rond de grote meren en Californië. Daarnaast groeide in de jaren vijftig mede als gevolg van de ontvankelijkheid van de Amerikaanse middenklasse voor psychologische en psychoanalytische duidingen van gevoelens en gedrag het behandelaanbod van vrijgevestigde psychotherapeuten, waarbij psychiaters gezelschap kregen van andere artsen, klinisch psychologen en maatschappelijk werkers.

Hoewel er aanwijzingen waren dat de ambulante voorzieningen niet zozeer tegemoet kwamen aan de behoeften van ernstige en chronische geesteszieken, als wel aan die van mensen met minder ernstige psychische moeilijkheden, kwam er in de jaren vijftig steeds meer bijval voor de gedachte dat er alternatieven waren voor de inrichtingen, waarvan sommige wel 10.000 bedden telden en die meer als verpleegtehuizen dan als therapeutische instellingen fungeerden. Evenals in andere landen voedde de toepassing van de nieuwe psychofarmaca dit optimisme. Begin jaren zestig bestond er in de Verenigde Staten onder president J.F. Kennedy een politiek klimaat waarin vergaande voorstellen tot extramuralisering van de psychiatrische zorg en een verdere uitbreiding van de ambulante voorzieningen voor mensen die hulp zochten vanwege psychosociale moeilijkheden, op steun konden rekenen. Onder de regeringen Kennedy en L.B. Johnson, waarvan het beleid in het teken stond van sociale hervorming, democratisering en uitbreiding van de verzorgingsstaat (de *Great Society*), werden in de Verenigde Staten de hervormingen, mede dankzij een effectieve lobby voor de (extramurale) geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau, door de centrale overheid

[2434] Shorter 1997, 236-238.
[2435] Shorter 1997, 228; El-Hai 2005; vergelijk Scull 2005.

in gang gezet. Begin jaren zestig lanceerde een nationale commissie het *Community Mental Health Center*, een instelling die zowel klinische als ambulante zorg zou bieden aan een breed samengestelde clientèle en die als alternatief voor de psychiatrische inrichting moest dienen. Over het gehele land verspreid werden er 2.000 van deze instellingen nodig geacht en de federale overheid zou ze in de oprichtingsfase moeten ondersteunen. Dit plan vormde de kern van de *Mental Retardation and Community Mental Health Centers Construction Act* van 1963.

Het derde land dat in de naoorlogse periode van betekenis was voor de Nederlandse psychiatrie was Frankrijk, vanwege de invloed van het personalisme en het existentialisme, de toepassing van sociotherapieën en de ontwikkeling van het eerste antipsychoticum, chloorpromazine of Largactil, in 1952.[2436] Dit middel vond vrij snel brede toepassing in de Franse inrichtingspsychiatrie om de gedragssymptomen van psychose te bestrijden. Afgezien van de verspreiding van de psychofarmaca waren de Franse invloeden op de Nederlandse psychiatrie niet representatief voor de Franse psychiatrie als geheel.[2437] Direct na de oorlog pleitte een groep vernieuwingsgezinde psychiaters weliswaar voor een doorbreking van het isolement van de overbevolkte inrichtingen, een minder medische en meer sociaal-psychologische benadering, extramurale voorzieningen en preventieactiviteiten onder de vlag van sociale hygiëne, maar tot daadwerkelijke uitvoering van deze ideeën kwam het nauwelijks. Het bleef bij enkele experimentele therapeutische gemeenschappen - de eerder genoemde Sivadon speelde hierbij een initiërende rol en voorbeeldfunctie, ook internationaal -, kleine psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en, voornamelijk in Parijs, een beperkt aantal psychohygiënische en sociaal-psychiatrische voorzieningen voor alcoholverslaafden, geesteszieken en kinderen. Tot de jaren zestig waren de Franse inrichtingen nog altijd massale, geïsoleerde en onregelmatig over het land verspreide instellingen. Het aantal daarin opgenomen patiënten bereikte begin jaren zeventig zijn grootste omvang.[2438] Wel nam, net als in andere landen, de gemiddelde opnameduur af als gevolg van de toepassing van psychofarmaca en soms wellicht ook sociotherapieutische behandeling.

Eind jaren vijftig namen enkele psychiaters in Parijs het initiatief tot extramuralisering in de vorm van een klinische voorziening in combinatie van verschillende ambulante diensten voor behandeling, zorg en ondersteuning. Dit particuliere initiatief zou een voorbeeldfunctie vervullen voor het ambitieuze hervormingsplan dat enkele inrichtingspsychiaters en ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid in 1960 lanceerden. Naast de verbetering van de inrichtingszorg ging het daarin om de opbouw van een over het gehele land verspreid stelsel van extramurale voorzieningen op regionale basis, de zogenaamde *psychiatrie de secteur*. Frankrijk moest worden ingedeeld in 750 sectoren, waarin multidisciplinair samengestelde teams de verantwoordelijkheid kregen voor alle psychiatrische zorg. Tezamen met psychiatrische ziekenhuizen zouden sociaalpsychiatrische poliklinieken, dagverblijven en werkvoorzieningen door middel van preventieactiviteiten, vroegtijdig ingrijpen, curatieve behandelingen en nazorg een samenhangend zorgstelsel moeten vormen. Het bleef vooralsnog echter bij voornemens. Een groep vooruitstrevende psychiaters onder leiding

[2436] Shorter 1997, 246-262.
[2437] Over de naoorlogse Franse psychiatrie zie Mangen en Castel 1985; Coffin 2005.
[2438] Goodwin 1997, 105.

van H. Ey, die een minder medische en meer sociaalwetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie voorstond, drong in het midden van de jaren zestig aan op daadwerkelijke uitvoering van de hervormingsplannen en een groter budget voor de psychiatrie om dit mogelijk te maken. In de jaren zeventig zou de *psychiatrie de secteur* werkelijk vorm krijgen.

Vergelijken we de ontwikkeling van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de periode 1945-1965 met die in Duitsland, Groot-Britannië, Frankrijk en de Verenigde Staten, dan kunnen we het volgende vaststellen. Terwijl de erfenis van het Derde Rijk zorgde voor een twintig jaar durende stagnatie in de Duitse psychiatrie, circuleerden in zowel de Nederlandse, Britse, Amerikaanse en Franse psychiatrische wereld nieuwe ideeën over de organisatie van de zorg, de therapeutische behandeling en de leefomstandigheden van psychiatrische patiënten. In het kort kwam het neer op pleidooien voor een transformatie van psychiatrische inrichtingen in ziekenhuizen waarin niet verpleging maar therapeutische behandeling prioriteit kreeg, voor meer alternatieve klinische en sociaalpsychiatrische voorzieningen naast de inrichting, voor de toepassing van sociaalpsychologische therapieën en voor een vergroting van de zelfstandigheid van patiënten. De daadwerkelijke toepassing van dergelijke ideeën liep doorgaans achter op de theorie, vaak omdat de middelen in de naoorlogse wederopbouwperiode ontbraken. Nieuwe praktijken waren aanvankelijk betrekkelijk kleinschalig, afhankelijk van individuele initiatieven en beperkt tot bepaalde instellingen en grootstedelijke gebieden.

Wat de inrichtingspsychiatrie betreft verschilden de ontwikkelingen in Nederland niet wezenlijk van die in Groot-Brittannië en Frankrijk. Engeland liep mede dankzij de National Health Service voorop met de toepassing van sociotherapie en de oprichting van dagklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Op het gebied van de sociotherapie lieten sommige Nederlandse psychiaters zich behalve door Engelse voorbeelden ook inspireren door de Franse psychiaters Daumézon en Sivadon. Of de sociotherapie brede toepassing vond in de grootschalige Franse inrichtingen is echter niet duidelijk. Het lijkt erop dat deze evenals andere vernieuwingen in Frankrijk beperkt bleven tot een klein aantal experimenten in Parijs en enkele verspreide initiatieven elders.[2439] De kleinschaliger Nederlandse inrichtingen waren wellicht geschikter om sociotherapeutische behandelingsmethoden in te voeren, temeer vanwege de al langer toegepaste actievere therapie, die na de oorlog nieuw leven werd ingeblazen. Deze sociaalpedagogische aanpak vormde in de Nederlandse inrichtingen een gunstige voedingsbodem voor de sociotherapeutische benadering, omdat zij bepaalde beginselen deelden: de nadruk op gemeenschapszin en de bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten - de sociotherapie voegde hieraan het praten en de psychologische verdieping toe. Zeker vergeleken met de Verenigde Staten bestond in Nederland een grote mate van terughoudendheid ten aanzien van somatische ingrepen als lobotomie. Frankrijk liep voorop met de introductie van de psychofarmaca in 1952, waarop andere landen evenwel al snel volgden. Nederland vormde daarop met de eerste toepassing van Largactil nog in hetzelfde jaar geen uitzondering. Na Largactil kwamen er al snel andere psychofarmaca op de markt, in het bijzonder ter bestrijding van manische-depressie, zoals lithium en imipramine.[2440] Overal zorgden de psychofarmaca voor een

[2439] Zie Coffin 2005.
[2440] Shorter 1997, 246-262.

verkorting van de gemiddelde duur van inrichtingsopname en een groter verloop van patiënten. Ook vergrootten de nieuwe medicijnen de mogelijkheden om geesteszieken psychotherapeutisch en sociaalpsychiatrisch te behandelen. Maar de brede toepassing van de psychofarmaca hadden niet overal dezelfde gevolgen voor de psychiatrische inrichtingen in termen van aantallen opgenomen patiënten en beschikbare bedden. Terwijl in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten het aantal inrichtingsbedden vanaf de tweede helft van de jaren vijftig sterk begon af te nemen, was hiervan in Frankrijk, Nederland en ook in Duitsland geen sprake. In Frankrijk en Duitsland groeide het totale aantal intramurale bedden nog tot omstreeks 1970 en in Nederland bleef dat na een hoogtepunt te hebben bereikt rond 1955 betrekkelijk stabiel op een iets lager niveau.[2441]

Nederland onderscheidde zich internationaal vooral met de uitbouw van een netwerk van verschillende soorten ambulante voorzieningen, niet alleen voor psychiatrische patiënten en alcoholverslaafden, maar ook voor volwassenen en kinderen met een breed scala aan psychische en psychosociale moeilijkheden. Het aanbod van publieke extramurale psychiatrische zorg in andere landen beperkte zich grotendeels tot voor- en nazorg en poli- en dagklinieken voor geesteszieken en enkele consultatiebureaus voor kinderen. Bovendien gingen sociaalpsychiatrische voorzieningen in andere landen vaak uit van psychiatrische inrichtingen of klinieken, terwijl in Nederland een van de inrichtingen onafhankelijk netwerk van voor- en nazorgdiensten tot ontwikkeling kwam. Met instellingen als de BLGM's en IMP'en, die nauwelijks een pendant in het buitenland vonden, was de reikwijdte van de openbare ambulante geestelijke gezondheidszorg groter dan in andere Europese landen. De BLGM's, zie zich in het bijzonder richtten op relatieproblemen in het gezin en seksuele moeilijkheden, waren voor het merendeel van confessionele signatuur en hun verspreiding hing nauw samen met de verzuiling. Deze bevorderde ook de groei van het aantal MOB's en voor- en nazorgdiensten, vooral omdat de katholieken een eigen netwerk aan voorzieningen naast de neutrale en het kleinere aantal protestantse instellingen in het leven riepen. De IMP'en, die weliswaar pas vanaf de tweede helft van de jaren zestig sterk in aantal zouden groeien, waren bijzonder omdat vrijwel nergens in het buitenland soortgelijke openbare psychotherapeutische instellingen, die in principe voor iedereen toegankelijk waren, bestonden. Weliswaar liep de Verenigde Staten in de jaren vijftig waarschijnlijk voorop met de toepassing van (psychoanalytische) psychotherapie, maar cliënten waren daarbij, net als in andere Europese landen, voornamelijk aangewezen op particuliere praktijken, die meestal niet met publieke middelen werden gefinancierd en daardoor alleen waren weggelegd voor bemiddelde mensenn. Wat de Nederlandse (en deels ook Amerikaanse) ambulante geestelijke gezondheidszorg ook uitzonderlijk maakte, was het multidisciplinaire karakter ervan. Terwijl in andere Europese landen medische beroepsgroepen - psychiaters, zenuwartsen en verpleegkundigen - de boventoon voerden, werkten zij in Nederland samen met groeiende aantallen psychiatrisch-sociaal werksters en andere maatschappelijk werkers, psychologen en pedagogen. In de hulpverlening van confessionele signatuur waren, in mindere mate, ook geestelijken werkzaam. Vergeleken met de afwerende houding van de psychiatrische beroepsgroep in andere Europese landen, verliep de multidisciplinaire samenwerking in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg,

[2441] Goodwin 1997, 105; Shorter 1997, 299.

afgezien van enkele conflicten rond psychotherapie en seksualiteit in katholieke kring, vrij soepel.

De Nederlandse ambulante geestelijke gezondheidszorg, die zich onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie ontwikkelde en die multidisciplinaire hulpverlening bood aan een breed geschakeerde clientèle, was in internationaal opzicht uniek. Weliswaar waren de voorzieningen kleinschalig, maar medio jaren zestig vormden ze met uitzondering van de IMP'en, die toen aan het begin stonden van een sterke expansie, een over het gehele land verspreid netwerk en waren ze in principe voor alle Nederlanders bereikbaar. In geen ander land bestond op dat moment een dergelijk uitgebreid ambulant netwerk op nationale schaal. In het buitenland bleef het vooralsnog bij her en der verspreide voorzieningen en plannenmakerij. De Franse overheid lanceerde in 1960 de *psychiatrie de secteur* en de Amerikaanse federale overheid in 1963 de *Community Mental Health Centres*, maar het duurde nog tot de jaren zeventig voordat deze voorzieningen daadwerkelijk van de grond kwamen. In Groot-Brittannië werden nieuwe plannen voor een regionaal georganiseerde *community care* eerst in het midden van de jaren zeventig, en dan nog onvolledig, gerealiseerd, terwijl de extramuralisering in Duitlsland pas na een parlementaire enquête begin jaren zeventig op grotere schaal op gang kwam.

Tot op zekere hoogte vertoonde de Nederlandse ambulante geestelijke gezondheidszorg meer overeenkomsten met de richting waarin de extramurale psychiatrie zich in de Verenigde Staten ontwikkelde dan met de plannen en praktijken in de buurlanden. Evenals de meeste Nederlandse ambulante voorzieningen kwamen de Amerikaanse initiatieven op dit gebied grotendeels onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie, in het kader van de psychohygiëne tot stand, waarbij sprake was van een groot vertrouwen in de psychosociale kneedbaarheid van de mens. Het idee was dat tijdige psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met 'lichte' moeilijkheden niet alleen voorkwam dat ze daadwerkelijk geestesziek werden, maar ook dat zij zich beter zelfstandig zouden kunnen ontplooien in de moderne samenleving. Mede door deze invalshoek en de zich versterkende psychotherapeutische oriëntatie zouden de Amerikaanse *Community Mental Health Centres* evenals de Nederlandse MOB's, BLGM's en IMP'en een min of meer selectief behandelingsbeleid gaan voeren, dat was toegesneden op aanspreekbare cliënten met neurotische en lichte psychosociale moeilijkheden en dat niet tegemoet kwam aan de noden van geesteszieke patiënten.

Meer in het algemeen valt er vanuit internationaal vergelijkend perspectief op psychiatrisch gebied ook een parallelle ontwikkeling in de naoorlogse periode te constateren. Het lijkt erop dat in veel Westerse landen al vanaf het eind van de jaren veertig nieuwe ideeën ontstonden omtrent de organisatie en de invulling van de psychiatrische zorg. De erfenis van de negentiende eeuw, de psychiatrische inrichting, kwam bloot te staan aan kritiek, vooral vanwege haar grootschaligheid en uniformiteit, haar maatschappelijk isolement en het gebrek aan therapeutisch élan - wat dit betreft onderscheidden de Nederlandse inrichtingen zich overigens in gunstige zin van die in andere landen. Nieuwe intra- en extramurale voorzieningen en socio- en psychotherapeutische behandelmethoden moesten het psychiatrisch zorgrepertoire verbreden en de afstand tot de maatschappij verkleinen. Deze vernieuwingen werden binnen de psychiatrische wereld druk besproken, waarbij sprake was van internationale uitwisseling, en ze vonden soms op basis van lokale, individuele initiatieven en op kleine

schaal toepassing. In de loop van de jaren zestig en zeventig zou het nieuwe ideeëngoed op veel grotere schaal, al dan niet in verder uitgewerkte, toegespitste en soms geradicaliseerde vorm in praktijk worden gebracht. De gegroeide welvaart, de zich uitbreidende verzorgingsstaat en de toegenomen bemoeienis van nationale overheden op het gebied van de sociale en gezondheidszorg maakten dit mogelijk. De eerder genoemde kraamkamerthese lijkt niet alleen voor de naoorlogse Nederlandse psychiatrie, maar ook voor die in andere Westerse landen op te gaan.

4. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN EN NIEMAND (1965-1985)

Inleiding

De jaren 1965-1985 vormen de roerigste periode in de geschiedenis van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Voor het eerst ontstond er in de maatschappij brede belangstelling voor het lot van geesteszieken en er kwam een einde aan het sociale isolement van de psychiatrische inrichtingen en het stilzwijgen van patiënten. Voorheen hadden psychiaters de beslotenheid van de inrichtingswereld vaak betreurd, maar de wijze waarop daar nu een einde aan kwam, riep gemengde gevoelens bij hen op. In het kielzog van de protestbeweging van de jaren zestig werd de psychiatrie mikpunt van scherpe kritiek en raakte het psychiatrisch ziekenhuis omstreden. Waren geesteszieken eigenlijk wel geholpen met een psychiatrische aanpak? Was psychische gestoordheid eigenlijk wel een medisch probleem? Ging het niet eerder om een maatschappelijk vraagstuk? En waar was het onderscheid tussen gek en normaal eigenlijk op gebaseerd? Het waren kwesties die in de jaren zeventig velen bezighielden. Met het stellen van dergelijke vragen waren de antwoorden vaak al gegeven. Het antipsychiatrische gedachtegoed dat in de jaren zestig was geformuleerd, leverde de nodige munitie om de geestelijke gezondheidszorg op de korrel te nemen.

Aan de andere kant kwamen meer mensen dan ooit tevoren ermee in aanraking. De opnamecijfers van de psychiatrische ziekenhuizen schoten in de jaren zeventig omhoog. Nog sterker groeide de clientèle van de ambulante sector en daarin van de psychotherapie in het bijzonder. Dit was vooral mogelijk geworden door de collectieve financieringsregelingen die vanaf het eind van de jaren zestig werden ingevoerd. De toegenomen welvaart en de verzorgingsstaat stonden garant voor een vergroting van de toegankelijkheid van de hulpverlening. Waar de meeste mensen voorheen nauwelijks een idee hadden over wat psychiatrie inhield, kon het grote publiek nu dankzij de toegenomen media-aandacht en de verhalen die patiënten naar buiten brachten, enige kennis verwerven van de psychiatrie, ook al was deze doorgaans gekleurd. Bovendien waren de verwachtingen omtrent het curatieve vermogen van de geestelijke gezondheidszorg nog nooit zo hooggespannen geweest als in deze periode. De titel van dit deel, ‘Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand’, geeft deze paradoxale ontwikkeling bondig weer.

Na hoofdstuk 4.1, waarin wij, zoals ook in de andere delen, de ontwikkeling van het psychiatrisch vak en de beroepsgroep schetsen, gaan wij in hoofdstuk 4.2 in op de anti- of kritische psychiatrie, de patiëntenbeweging en de maatschappelijke achtergronden daarvan. Tevens zal in dit hoofdstuk een minstens even ingrijpende ontwikkeling aan de orde komen, namelijk de toenemende overheidsbemoeienis met de geestelijke gezondheidszorg. In de daarop volgende hoofdstukken over de psychiatrische ziekenhuizen (4.3 en 4.4) en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (4.5 en 4.6) laten wij zien in welke mate en hoe de tegenbeweging en de groeiende staatsinterventie doorwerkten in de zorg en hulpverlening. In feite, zo zal blijken, ging het om een samenspel van interne, al eerder ingezette veranderingen en nieuwe invloeden van buitenaf.

Hoofdstuk 4.3 gaat vooral over de veranderingen in de bevolkingssamenstelling en de organisatie van het psychiatrisch ziekenhuis: ten eerste externe differentiatie, die

vooral tot uiting kwam in de uittocht van demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, en ten tweede een verschuiving van uniformiteit en hiërarchie naar veelvormigheid en democratisering. Deze laatste verandering vond op verschillende niveaus plaats: van de architectonische vormgeving van nieuwbouw, de indeling van verblijfs- en behandelafdelingen van patiënten en de samenstelling van het verzorgende en behandelende personeel tot de dagelijkse omgangsvormen. Een en ander ging niet zonder spanningen en conflicten gepaard. De ontwikkelingen rond enkele psychiatrische ziekenhuizen maken duidelijk dat botsingen zowel tot verlamming en stagnatie als tot fundamentele vernieuwingen konden leiden. In hoofdstuk 4.4 staan de ervaringen van patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen en hun verpleging en behandeling centraal. Daarbij zal de rechtspositie van psychiatrische patiënten, die mede dankzij hun toegenomen mondigheid steeds meer aandacht trok, in het bijzonder aan de orde komen. In de paragraaf over het therapeutische repertoire van het psychiatrische ziekenhuis gaan wij uitgebreid in op het sociaalpsychologische behandelethos dat vanaf de tweede helft van de jaren zestig terrein won en waarvan de therapeutische gemeenschap bij uitstek de belichaming was. De volgende paragraaf van dit hoofdstuk gaat over de veranderingen die zich in de eerste helft van de jaren tachtig in de ziekenhuizen voltrokken. Ten opzichte van de jaren zeventig was er sprake van een kentering. Behalve door bezuinigingen was deze voor een groot deel ingegeven door problemen die de democratisering en het socio- en psychotherapeutische optimisme met zich meebrachten. De therapeutische gedrevenheid van de jaren zeventig botste op de weerbarstigheid van met name chronische geestesziekte. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk heeft de forensische psychiatrie tot onderwerp.

In hoofdstuk 4.5 zetten wij uiteen hoe de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder invloed van de protest- en democratiseringsbeweging van de jaren zestig, de antipsychiatrie en de uitdijende verzorgingsstaat een nieuw élan ontwikkelde en haar werkveld uitbreidde in de richting van welzijnszorg. Tevens laten wij zien hoe het sociale engagement van psychiaters en andere werkers in de geestelijke gezondheidszorg ertoe leidde dat zij een duidelijk stempel zetten op discussies over gevoelige maatschappelijke kwesties. Op deze manier leverden zij een belangrijke bijdrage aan de formulering van een nieuwe publieke moraal en gaven zij invulling aan burgerschapswaarden. Hoofdstuk 4.6 is gewijd aan de ambulante voorzieningen, de hulpverleners, hun clientèle en de behandelingen die zij boden. Daarbij gaan wij uitgebreid in op de ontwikkeling van de psychotherapie en de maatschappelijke achtergrond daarvan. Mede door de populariteit en groei van de psychotherapie, zo laten we in de daarop volgende paragraaf zien, deden zich spanningen voor tussen de diverse ambulante instellingen en werden hun verschillen op de spits gedreven. De conflicten werden in de hand gewerkt door de weerstand in het ambulante werkveld tegen het streven naar een ingrijpende reorganisatie van de extramurale geestelijke gezondheidszorg. De laatste paragraaf is gewijd aan het resultaat van dat streven: een fusie van verschillende voorzieningen in de Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

4.1. Het psychiatrisch vak

4.1.1. *Het werkveld en de beroepsorganisaties*

In de jaren zestig groeide het aantal zenuwartsen explosief: telde de beroepsgroep in 1960 nog geen 600 actieve leden, in 1972 waren het er bijna 1.000. Iets meer dan 300 van hen waren in dat laatste jaar verbonden aan een intramurale psychiatrische instelling, waarmee deze groep vergeleken met 1960 (ruim 140 zenuwartsen) in relatieve zin steeg van 25 tot 30 procent van het totaal. Het aantal zenuwartsen dat in een academisch ziekenhuis of universitaire kliniek werkzaam was, groeide van 90 naar 135 - relatief betekende dit een kleine daling van 16 naar 14 procent. Terwijl in 1960 ruim 160 zenuwartsen een functie in de algemene gezondheidszorg vervulden, gold dat in 1972 voor 330, waarmee het relatieve aandeel van deze sector licht toenam van 29 naar 33 procent. Meer dan 330 zenuwartsen, 33 procent van het totaal, werkten in 1972 uitsluitend extramuraal in een ambulante instelling of vrijgevestigde praktijk. Aangezien in de telling van 1972 zenuwartsen die zowel intra- als extramuraal werkzaam waren, niet zijn meegerekend en bovendien ambulante en vrijgevestigde werkplekken niet zijn onderscheiden, is vergelijking met de telling in het peiljaar 1960, waarin dat wel gebeurde, niet mogelijk. Toen bedroeg het aandeel van de zenuwartsen die in volle of in deeltijd in ambulante instellingen en particuliere praktijken werkten 30 respectievelijk 40 procent.[2442]

Het gecombineerde specialisme zenuw- en zielsziekten (neurologie en psychiatrie) raakte in de jaren zestig steeds meer omstreden onder de beroepsbeoefenaren. Een en ander hield nauw verband met de voortdurende debatten over de inhoud van de opleiding en daarmee nauw verbonden, de wetenschappelijke oriëntatie van het vak.[2443] Hoewel psychiaters en neurologen sinds 1962 aparte afdelingen binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) vormden en ook hun opleidingen vergaand waren gedifferentieerd, was het dubbelspecialisme gehandhaafd en hadden psychiaters en neurologen zeggenschap over elkanders opleiding. Een en ander stond op gespannen voet met de praktijk waarin neurologie en psychiatrie uit elkaar waren gegroeid en de meeste zenuwartsen zich op één van de deelspecialismen toelegden. Gezien de wetenschappelijke ontwikkelingen was het steeds moeilijker om beide specialismen te overzien en te beheersen. Neurologen richtten zich op stoornissen van het zenuwstelsel en pasten somatische geneeswijzen toe, terwijl psychiaters zich behalve met geestesziekten ook met psychosociale problemen bezighielden en een groeiend aantal van hen de psychoanalyse en andere vormen van psychotherapie als veelbelovende behandelvormen beschouwden. Vooral de laatste groep keerde zich tegen de nauwe band tussen neurologie en psychiatrie.

De kritiek op het dubbelspecialisme zenuw- en zielsziekten werd in de tweede helft van de jaren zestig verder in de hand gewerkt door invloeden van buitenaf op de beroepsgroep en de daaruit voortvloeiende interne verdeeldheid en polarisatie. De autoriteit van de psychiater en de medische legitimatie daarvan kwamen onder druk te staan, niet alleen door de antipsychiatrische kritiek en de bredere democratiseringbeweging van de jaren zestig en zeventig, maar ook door de opmars van

---

[2442] Van Drunen 2004, 40-41; Bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.

[2443] Vos en Van Berkestijn 1993; Oosterhuis en Wolters 1998.

andere, grotendeels psychologisch, sociaal-wetenschappelijk en agogisch geschoolde beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg.[2444] Een deel van de psychiaters reageerde hierop door zich meer als psychosociaal hulpverlener dan als medicus te profileren. Hoewel de meesten van hen afstand bewaarden tot de radicale kritiek van de antipsychiatrische beweging, volgens welke geestesziekte een product was van een intolerante maatschappij, vonden velen dat de beleving van patiënten en hun sociale omstandigheden alsook de bredere maatschappelijke implicaties van psychische stoornissen ruime aandacht verdienden. Daarbij lieten zij zich inspireren door de psychoanalyse en ander psychotherapeutisch gedachtegoed alsook door de met sociologische inzichten verrijkte sociale psychiatrie. Deels bouwden zij ook voort op de antropologisch-fenomenologische traditie van de oudere generatie psychiaters.[2445]

In 1967 betoogde de Amsterdamse hoogleraar psychiatrie en psychoanalyticus P.C. Kuiper als voorzitter van een NVPN-commissie die zich over de inhoud van de opleiding tot zenuwarts had gebogen, dat het tijd werd voor de psychiatrie en neurologie om elkaar los te laten. Hij achtte een verzelfstandiging van de psychiatrie gewenst, aangezien de verplichte neurologische scholing van anderhalf jaar in de psychiatrische opleiding voor met name toekomstige sociaalpsychiaters en psychotherapeuten weinig zinvol was. Volgens Kuiper belemmerde de band met de somatisch georiënteerde neurologie de psychiatrie in haar ontwikkeling tot een discipline waarin zowel de somatische als de psychologische en sociale aspecten van stoornissen tot hun recht kwamen.[2446] Kuiper en andere voorstanders van een splitsing tussen psychiatrie en neurologie wisten zich gesteund door ontwikkelingen in het buitenland: in Frankrijk, Duitsland, Italië en België was ook een beweging in die richting gaande en in de Verenigde Staten was dit al eerder gebeurd.[2447] Tevens werd met het oog op het verwachte tekort aan psychiaters in de NVPN gepleit voor een verkorting van de psychiatrische opleiding van vijf naar vier jaar.[2448] Ook hierbij gold de neurologie als belemmering: het verplichte onderdeel neurologie zorgde vanwege het geringe aantal beschikbare assistent-plaatsen voor lange wachttijden en vertragingen in de opleiding.

De voorstellen en discussies leidden in 1969 ondanks felle tegenstand van enkele zenuwartsen, met name de Nijmeegse hoogleraar J.J.G. Prick, tot het besluit om aparte opleidingen voor neurologie en psychiatrie in te stellen, het begin van het einde van het dubbelspecialisme zenuw- en zielsziekten. De opleidingen van de twee nieuwe specialismen, die drie jaar later van start gingen, werden teruggebracht van vijf naar vier jaar. De oude vijfjarige opleiding tot algemeen zenuwarts bleef weliswaar bestaan, maar zou door de gestage daling van het aantal nieuwe inschrijvingen en de sluiting van het register voor het dubbelspecialisme in 1983 een stille dood sterven.[2449] De nieuwe opleidingseisen konden niet alle psychiaters tevreden stellen. Sommigen betreurden dat psychiaters-in-opleiding nog steeds verplicht waren zich naast de tweejarige klinische basisopleiding gedurende een jaar in de neurologie te scholen. Anderen hadden moeite met het verdwijnen

---

[2444] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 19.
[2445] Abma en Weijers 2005, 157-158.
[2446] *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie 9* (1968), 17, 21.
[2447] Notulen vergadering bestuur NVPN, 21-9-1966, Archief NVPN.
[2448] Notulen vergadering bestuur NVPN en een delegatie uit het Consilium Neuro-psychiatricum, 28-3-1969, Archief NVPN; Van 't Hof 1996, 68.
[2449] Van Drunen 2004, 42-43.

van de verplichte stage sociale psychiatrie als gevolg van de verkorting van de opleiding; sociale psychiatrie was naast psychotherapie, kinderpsychiatrie en neurochemie gereduceerd tot een keuze-onderdeel.[2450]

In 1974, twee jaar na de scheiding van hun opleidingen, kregen neurologen en psychiaters met de splitsing van de NVPN ook hun eigen beroepsorganisaties: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Vooral psychiaters hadden aangedrongen op verzelfstandiging. De voorzitter van de afdeling psychiatrie, A. Hustinx, schreef in 1972 dat voorstellen van sommige leden om een 'federatief verband' tussen psychiatrie en neurologie te handhaven, achterhaald waren vanwege 'de negatieve gevoelens die bij vele psychiaters momenteel bestaan t.a.v. de neurologie'.[2451] Door incidenten waren de verhoudingen verslechterd. Zo bracht de afdeling psychiatrie in 1970 onder veel publiciteit een rapport uit over abortus met een pleidooi voor een permissieve houding. De afdeling neurologie, waarvan de leden behoudender waren ingesteld, was hierin niet gekend, terwijl het rapport de indruk wekte dat het om een gemeenschappelijk NVPN-standpunt ging.[2452]

Hoewel sommige psychiaters de scheiding tussen psychiatrie en neurologie betreurden omdat juist vanaf de jaren zeventig het biologische onderzoek naar psychische stoornissen terrein begon te winnen, hadden velen behoefte aan een eigen vereniging om hun veranderende - minder medische en meer psychosociale - beroepsidentiteit te onderstrepen en hun plaats in de steeds sterker multidisciplinair samengestelde geestelijke gezondheidszorg, die voor een deel ook welzijnszorg was geworden, te bepalen.[2453] Vooral psychiaters die in ambulante instellingen werkzaam waren en die zich toelegden op psychotherapie, richtten zich op een clientèle die niet zozeer leed onder geestesziekte, maar hulp zocht voor minder ernstige psychosociale moeilijkheden. Zij namen afstand van de medisch-klinische benadering, waarin uitingen van geestelijke verwarring als symptomen van een onderliggende ziekte werden gediagnostiseerd, het onderzoek zich deels richtte op lichamelijke aandoeningen en patiënten medicijnen kregen voorgeschreven. De meer psychosociale en psychotherapeutische invulling van het vak, waarbij psychische moeilijkheden werden begrepen in het licht van omgevingsinvloeden, de gezinsverhoudingen, persoonlijke relaties en de individuele levensgeschiedenis, bracht met zich mee dat deze psychiaters meer verwantschap voelden met psychologen en maatschappelijk werkers dan met andere medici. In 1975 gingen onder sommige psychiaters stemmen op om het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en het *Tijdschrift voor Psychotherapie* te fuseren, wat de redactie van het laatste afhield uit angst voor besmetting met de medische psychiatrie.[2454]

In 1977 waren meer dan 800 specialisten, dat wil zeggen zenuwartsen 'oude stijl' en psychiaters 'nieuwe stijl', uitsluitend op psychiatrisch gebied werkzaam, combineerden bijna 170 artsen psychiatrische en neurologische werkzaamheden en beoefenden rond de 300 specialisten alleen de neurologie. Op basis hiervan is het aantal psychiatrische

---

[2450] Verslag van de bespreking van het hoofdbestuur van de NVPN met enige vertegenwoordigers van het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, 25-9-1969, Archief NVPN; Notulen vergadering bestuur NVPN, 25-4-1972, Archief NVPN.
[2451] Hustinx 1972.
[2452] Notulen vergadering bestuur NVPN, 25-5-1969 en 17-8-1970, Archief NVPN.
[2453] Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972, 30-31.
[2454] Blok 2004, 150-151.

beroepsbeoefenaren, nu met uitsluiting van de laatste groep, vast te stellen op zo'n 970. In 1981 was dit aantal toegenomen tot ruim 1.150. Opvallend is dat het aantal psychiaters in de intramurale sector eind jaren zeventig sterk steeg van bijna 320 naar krap 440 (relatief van 32 naar 38 procent), terwijl nog eens ruim 80 vacatures in psychiatrische ziekenhuizen vanwege een tekort aan psychiaters onvervuld bleven. In de algemene gezondheidszorg en de universitaire sector tezamen - de cijfers van 1981 zijn voor deze werkvelden niet uitgesplitst - werkten in 1977 ruim 260 en in 1981 320 psychiaters, waarmee deze werkvelden relatief een kleine toename van 26 tot 28 procent te zien gaven. In 1972, toen de neurologen nog werden meegeteld, was dat meer dan 40 procent, wat er op wijst dat zij sterk vertegenwoordigd waren in de algemene gezondheidszorg.

Het aantal psychiaters dat uitsluitend in ambulante instellingen werkzaam was bedroeg in 1977 tegen de 140; wanneer wij psychiaters met een deeltijdaanstelling zouden meetellen - exacte cijfers daarvan ontbreken - zou dat cijfer waarschijnlijk aanmerkelijk hoger uitkomen. Over 1981 beschikken wij evenmin over precieze gegevens. Uit een enquête in 1981 onder ruim 1.130 leden van de NVP komt naar voren dat van de rond 800 respondenten bijna de helft een werkplek (voltijds of in deeltijd) in de ambulante geestelijke gezondheidszorg bezette. Van de ambulante instellingen telden de Instituten voor Multidisciplinaire (voorheen Medische) Psychotherapie de meeste - bijna 180 - psychiaters, gevolgd door de Sociaal-Psychiatrische Diensten (ongeveer 110), de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (bijna 60), de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (35) en de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (ruim 30). Waarschijnlijk werden ambulante functies vaak gecombineerd met particuliere praktijken, met name als de betrokken psychiaters psychotherapie beoefenden. Het aantal vrijgevestigde psychiaters bedroeg in 1981 meer dan 520 (45 procent van het totaal) en daarnaast exploiteerden rond 720 zenuwartsen een gemengde psychiatrisch-neurologische praktijk. In totaal had de vrijgevestigde sector (inclusief de gemengde praktijken) een omvang van ongeveer 1.150 voltijdse arbeidsplaatsen. Voor 1977 is geen totaalcijfer beschikbaar.[2455]

Na inwendige geneeskunde vormde de combinatie psychiatrie en neurologie het omvangrijkste medische specialisme en dat gold na de scheiding tussen deze twee ook voor psychiatrie alleen. Naast kindergeneeskunde kende psychiatrie (tot 1974 tezamen met neurologie) het grootste aantal vrouwelijke beroepsbeoefenaren. Hun aandeel was tussen 1940 en het midden van de jaren zestig toegenomen van 10 tot 12 à 13 procent, om vervolgens in de jaren zeventig tot 17 en in de jaren tachtig tot 22 procent te stijgen.[2456] Rond 1980 was bijna een kwart van de nieuwe inschrijvingen in het Medisch Specialisten Register voor psychiatrie een vrouw. Vrouwen waren vaker dan mannen uitsluitend in dienstverband werkzaam en ze waren oververtegenwoordigd in de ambulante geestelijke gezondheidszorg; ze richtten zich in het bijzonder op de kinder- en jeugdpsychiatrie.[2457] De spreiding van psychiaters over het land was nog steeds ongelijkmatig. Terwijl Nederland rond 1980 gemiddeld 9 psychiaters per 100.000 inwoners telde, varieerde dat per regio van 2 à 3 (Tilburg, Friesland, Twente, Gouda en Zeeland) tot 19 à 20

[2455] Schnabel 1982, 90-91; Van der Reijden 1984, 26; Van Drunen 2004, 40, 43-45, 46-47.
[2456] Van Drunen 2004, 22, 32, 40.
[2457] Schnabel 1982a, 107-109.

(Amsterdam en Kennemerland); met name in de Randstad was de gemiddelde psychiaterdichtheid veel hoger dan in de rest van het land.[2458]

De nieuwe NVP, die in 1974 voortkwam uit de splitsing van de NVPN, bestond uit de leden van de NVPN die in het ledenregister als zenuwarts-psychiater waren ingeschreven alsmede enkele leden van de in 1973 opgeheven Nederlandse Vereniging voor Psychiaters in Dienstverband die voorheen niet bij de NVPN waren aangesloten. De NVP stelde een buitengewoon lidmaatschap in voor andere beroepsgroepen die zich met een universitaire of hogere beroepsopleiding op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kwalificeerden. Ook andere artsen die op dit gebied werkzaam waren alsmede assistenten in opleiding konden buitengewoon lid van de vereniging worden. Assistant-artsen kregen na voltooiing van het eerste jaar van hun opleiding stemrecht in de NVP.[2459] Het ledental van de NVP bedroeg bij de oprichting 850 en groeide naar 1.270 in 1982.[2460] De doelstelling van de vereniging, die sinds 1968 over een eigen secretariaat in de Domus Medica van de KNMG in Utrecht beschikte, bleef grotendeels ongewijzigd: de behartiging van de belangen van de beroepsgroep, het vak en de geestelijke gezondheidszorg, wetenschappelijke uitwisseling, het waken over de opleiding, de uitgave van een tijdschrift en het uitdragen van de standpunten van de beroepsgroep in de openbaarheid.[2461] Al eerder was er vanuit de afdeling psychiatrie kritiek gekomen op het wetenschappelijk blad van de NVPN, de tweemaandelijkse *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* (1960-1973) met artikelen in het Engels, Frans en Duits. Het tijdschrift, waarin het aandeel van de neurologische bijdragen groot was, zou niet meer representatief zijn voor de Nederlandse psychiatriebeoefening en de publicatie van artikelen in vreemde talen had weinig zin meer bij gebrek aan buitenlandse abonnees.[2462] Vanaf 1972 verscheen het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, aanvankelijk een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband en de afdeling psychiatrie van de NVPN en vanaf 1974 van de NVP en de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen. Dit nieuwe verenigingsblad was de opvolger van het *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* dat de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband van 1969 tot 1971 had uitgegeven en dat op zijn beurt was voorafgegaan door de *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband* (1958-1968). Naast de meer wetenschappelijke tijdschriften verscheen het verenigingsblad *Nieuws en Mededelingen* (1963-1977).

De NVP kende naast een algemeen en dagelijks bestuur drie vaste commissies: de Commissie Beroepsuitoefening, die zich in het bijzonder met belangenbehartiging bezighield, de Opleidingscommissie en de Commissie Wetenschapsbevordering, later omgedoopt in Wetenschappelijke Activiteiten. Verder bestonden er secties voor klinische psychiatrie, psychotherapie, sociale psychiatrie, forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, liaison- en ziekenhuispsychiatrie en seksuologie en een subvereniging voor assistent-artsen. De toenemende specialisatie binnen de

---

[2458] Schnabel 1982a, 19-32, 140.
[2459] Van 't Hof 1996, 70.
[2460] Schnabel 1982a, 70-71.
[2461] Schnabel 1982a, 70.
[2462] Schnabel 1982a, 73; *Nieuws en Mededelingen [NVPN]* mei 1972, no. 17, 28. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* kreeg een Engelstalige neurologische opvolger: *Clinical Neurology and Neurosurgery*.

beroepsgroep bleek ook uit het feit dat psychiaters behalve van de NVP ook lid waren van tal van andere verenigingen: de Vereniging van Nederlandse psychiaters (VNP), die de belangen van vrijgevestigde psychiaters vertegenwoordigde, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVPT), de Landelijke Psychotherapeuten Vereniging, de diverse specialistische psychotherapieverenigingen[2463], het Interdisciplinair Genootschap Biologische Psychiatrie, het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, de Vereniging voor Polikliniekmedewerkers van Psychiatrische Instellingen, het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de Nederlands-Duitse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.[2464]

Vanouds hadden kleinschaligheid, hiërarchie en persoonlijke banden de verhoudingen in de NVPN bepaald, maar als gevolg van enerzijds democratisering en anderzijds verzakelijking, onder meer door het toenemende ledental, veranderde de sfeer in de vereniging. 'De tijd van de heren-diners, die in alle rust en vrede in de Utrechtse establishment-hotels werden genoten, waarna gedurende enkele uren met vaste hand de vereniging in goede banen werd geleid, schijnt voorbij', zo was in het jaarverslag over 1969 te lezen.[2465] Verzakelijking en schaalvergroting deden hun invloed ook gelden op de werkvloer, vooral in instellingen waarin zenuwartsen in dienstverband werkten. In de feestbundel ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de NVPN in 1971 constateerden de samenstellers dat de professionele autonomie van zenuwartsen in het gedrang was gekomen als gevolg van toenemende bureaucratisering en institutionalisering. De vereniging zou te weinig politiek actief zijn geweest waardoor haar invloed op het regeringsbeleid te wensen overliet.[2466] In de loop van de jaren zeventig en tachtig werd het gevoel onder psychiaters dat hun autonomie en invloed taanden en dat hun afhankelijkheid van beleidsinstanties toenam, alleen maar sterker.[2467] Het corporatisme, dat de medische stand een grote mate van zelfstandigheid en zelfregulering had toegestaan, maakte plaats voor meer regelgeving van buitenaf, onder meer ter beheersing van de oplopende kosten van de in toenemende mate collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg. In zorg- en hulpverleningsinstellingen kwamen beheer en leiding steeds meer in handen van functionarissen die niet tot de medische stand behoorden. Ook ondervonden psychiaters op de werkvloer de sterker wordende concurrentie van andere, niet-medische beroepsgroepen, die vaak gespecialiseerder en goedkoper waren; vooral op het uitdijende werkterrein van de psychotherapie leidde dit tot spanningen en conflicten.[2468] Verder kregen psychiaters te maken met een grotere mondigheid en soms zelfs met verzet van patiënten, die zich organiseerden in belangenorganisaties en wier rechten steeds meer erkenning kregen. Geconfronteerd met deze ontwikkelingen voerde de NVP geen duidelijk en actief beleid

---

[2463] De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, de Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie, de Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie, de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie (voorheen Nederlandse Vereniging voor Medische Hypnose), de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie en de Vereniging voor Gedragstherapie.
[2464] Schnabel 1982a, 50-73
[2465] Jaarverslag (NVPN) van de secretaris over 1969-1970, Archief NVPN.
[2466] Sillevis Smitt en Jansen 1971, 15.
[2467] Zie bijvoorbeeld Trimbos 1987, 170-171.
[2468] Zie verder 4.6.2. Het psychotherapeutisch bedrijf.

en trad zij niet op als een krachtige belangenbehartiger van de beroepsgroep. Als de vereniging al inhoudelijk stelling nam, dan liep zij vaak achter de maatschappelijke veranderingen en de politieke besluitvorming aan. Mede omdat psychiaters onderling verdeeld waren en tegenstrijdige belangen hadden, kenmerkte de koers van de NVP zich door terughoudendheid en voorzichtigheid.[2469]

Evenals de NVPN was de NVP een vereniging waarin eensgezindheid ver te zoeken was. In de jaren zeventig traden de spanningen binnen de psychiatrische beroepsgroep nog scherper dan voorheen aan het licht. Al langer bestaande verschillen in visie op de etiologie van psychische stoornissen (somatisch, psychisch of sociaal), diagnostiek (in termen van individuele ziekte, relationele moeilijkheden of schadelijke maatschappelijke invloeden) en behandeling (pillen, psychotherapie of sociale begeleiding en ondersteuning) raakten gepolariseerd en verhardden zich soms tot onwrikbare, ideologisch beladen standpunten. De tegenstellingen tussen psychiaters werden nog eens aangescherpt door de diversiteit van de problematiek waar ze zich mee bezighielden (geestesziekte versus min of meer ernstige psychosociale moeilijkheden), hun verschillende functies en werkplekken (intra- of extramuraal; zelfstandig gevestigd of in dienstverband; min of meer autonoom in een overwegend medische context of multidisciplinair, samen met andere beroepsgroepen) en hun uiteenlopende maatschappelijke positie ('goudkustpsychiaters' versus 'spijkerpakpsychiaters').[2470] Daar kwam nog bij dat zich onder invloed van de antipsychiatrie politieke tegenstellingen onder psychiaters voordeden. In een interview verklaarde de bekendste Nederlandse vertegenwoordiger van de kritische stroming, J. Foudraine, bijvoorbeeld dat politieke en sociale actie tot het takenpakket van de psychiater behoorde.

> Hij zal zich moeten opwerpen om maatschappijstructuren te veranderen; hij zal waanideeën in de maatschappij moeten ontmaskeren. Hij moet zijn stem verheffen als zou het maar zijn om nu eindelijk de geboortebeperking er eens door te krijgen. De verouderde echtscheidingswetgeving, de abortuswetgeving moeten veranderd. De milieuverontreiniging moet hij bestrijden. Hij zal zich actief moeten bezighouden met de maatschappijstructuren die economisch gezien de mensen tot ding maken.[2471]

Ook C.J.B.J. Trimbos was van mening dat psychiaters de 'tekort schietende maatschappelijke structuren' aan de kaak moesten stellen en hij betreurde het dat velen in dit opzicht in gebreke bleven: 'Niet weinige psychiaters zijn dan ook systeembestendigers, maatschappij-mooihouders, psychische politieagenten, die zonder meer hand- en spandiensten verlenen aan het machtsapparaat […]'[2472] Dergelijke opvattingen gingen de meeste psychiaters te ver, hoezeer zij ook sympathiseerden met een meer sociaal-psychologische invulling van hun vak. Het maatschappelijke engagement dat Foudraine, Trimbos en sommige van hun collega's aan de dag legden, stuitte op regelrechte afwijzing van psychiaters die zichzelf in de eerste plaats als arts en

[2469] Abma en Weijers 2005, 199-217; vergelijk Van 't Hof 1996.
[2470] Rouppe van Voort 1978.
[2471] Bos 1972a, 20.
[2472] Trimbos 1972c, 10.

hulpverlener van individuele patiënten beschouwden en verandering van de samenleving ondoenlijk en/of onwenselijk achtten.

Mede vanwege de vakinhoudelijke en ideologische tegenstellingen en de verdere uitwaaiering van het werkveld bleven de inhoud van het psychiatrisch vak en in het bijzonder die van de opleiding de gemoederen bezighouden. Ondanks de scheiding tussen neurologie en psychiatrie was in de nieuwe, in 1972 ingevoerde vierjarige psychiatrie-opleiding naast de tweejarige klinische basisscholing en een éénjarige stage naar keuze nog één jaar voor neurologie gereserveerd. Behalve het gebrek aan differentiatie en mogelijkheden tot verdieping in een bepaald aspect van de psychiatrie, riep vooral het verplichte jaar neurologie bezwaren op. Nadat al enkele keren eerder vergeefs was gepleit voor een meer algemene stage op het terrein van de somatologie in plaats van het verplichte jaar neurologie, stelden de Maastrichtse hoogleraren M.A.J. Romme en M.M.W. Richartz eind jaren zeventig voor de neurologie volledig te laten vervallen en meer aandacht te schenken aan de biologische psychiatrie. De laatste omvatte volgens hen een veel breder gebied dan het herkennen en behandelen van neurologische afwijkingen bij psychiatrische patiënten. Zij suggereerden dat het verplichte onderdeel neurologie eerder een rem dan een stimulans vormde om in de klinische psychiatrie aandacht te schenken aan de lichamelijke kant van psychische stoornissen. Maar niet alleen de biologie, ook de psychotherapie en de sociale psychiatrie dienden volgens Romme en Richartz veel meer gewicht in de basisopleiding te krijgen.[2473]

Het pleidooi van Romme en Richartz voor een integrale biopsychosociale benadering van psychische stoornissen, waarvoor Kuiper, J. Bastiaans en Trimbos zich in andere bewoordingen al eerder sterk hadden gemaakt, kon op bijval rekenen onder psychiaters.[2474] Zowel de biologisch georiënteerde psychiater H.M. van Praag als de psychiater-psychotherapeut F.J.M. Rouppe van der Voort konden zich in het biopsychosociale profiel van het vak vinden.[2475] De laatste betoogde dat de psychiater zich te lang had vastgeklampt aan zijn status als arts en de band met de neurologie, een vak dat in de psychiatrische praktijk nauwelijks relevant was. De psychiater zou zich beter kunnen profileren als specialist die op drie overlappende terreinen deskundig was - het medische, het psychische en het sociale of relationele - en die zich vooral onderscheidde door de vaardigheid om problemen vanuit de ene dimensie naar de andere te vertalen. De kern van de psychiatrische beroepstaak, aldus Rouppe van der Voort, bestond uit

> het beheersen van het medisch-biologische, het psychologische en maatschappelijk-relationele *taalgebruik*, de flexibiliteit om van het ene taalgebruik in het andere over te gaan, om zodoende op zo adequaat mogelijke wijze, zowel diagnostisch als therapeutisch met klachten en problemen om te gaan […][2476]

[2473] Romme en Richartz 1978; vergelijk Romme 1978a.
[2474] *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie 9* (1968), 17, 21.; Bastiaans en Groen 1970; Trimbos 1972a; Van Ree, Peters en Bras 1977; vergelijk Van Praag 1978; Rouppe van der Voort 1978; Lit 1983; Höppener 1984.
[2475] Van Praag 1978; Rouppe van der Voort 1978.
[2476] Rouppe van der Voort 1978, 208; vergelijk Lit 1983.

Wat de biopsychosociale psychiatrie precies moest inhouden en hoe de drie aspecten zich tot elkaar verhielden als het om etiologie, diagnostiek en behandeling ging, werd echter niet duidelijk. Van een concrete uitwerking van het profiel was geen sprake. In Rouppe van der Voorts karakterisering van de psychiater als een soort vertaaldeskundige werden de verschillende benaderingen niet geïntegreerd, maar bleven ze naast elkaar bestaan. Het lijkt erop dat het biopsychosociale model vooral diende als retorisch middel om de veelzijdigheid van het psychiatrische werkveld en de uiteenlopende benaderingen in één beroepsprofiel te verenigen. Veel meer dan een bezweringsformule om de onderlinge verdeeldheid tegen te gaan was het niet en in feite vormde het een nieuwe legitimatie van eclecticisme. Het profiel werd ingezet om het verdeelde vak bij elkaar te houden, een functie die eerder op meer persoonlijke basis was vervuld door charismatische hoogleraren als G. Jelgersma, K.H. Bouman en H.C. Rümke.

Dat het biopsychosociale model vooral een strategisch middel was, bleek ook uit de wijze waarop psychiaters het gebruikten om hun plaats temidden van andere, op deelterreinen soms gespecialiseerder beroepsgroepen te bepalen. Rond 1980 werkten de meeste psychiaters meer of minder intensief samen met niet-medische beroepsgroepen.[2477] In de loop van de jaren zestig en zeventig hadden psychologen, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen en andere deskundigen hun positie in de geestelijke gezondheidszorg versterkt en gingen er stemmen op om de rol van de psychiater in te perken. Een leidinggevende rol van de psychiater in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, waarin horizontale en democratische overlegstructuren ingang vonden, was niet meer zo vanzelfsprekend als voorheen.[2478] Psychiaters reageerden op dergelijke ontwikkelingen door zich tegenover andere werkers in de geestelijke gezondheidszorg als biopsychosociaal generalist te profileren. Als zodanig maakten zij aanspraak op een integrerende en leidinggevende rol. Het lijkt erop dat deze strategie weinig heeft opgeleverd en dat psychiaters zich neerlegden bij hun veranderde, minder dominante positie, vooral voor zover zij extramuraal werkzaam waren. Dit kan ook verklaren waarom de samenwerking tussen psychiaters met vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen in de praktijk vrij soepel verliep, zeker in vergelijking met andere landen, waar klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en psychiatrisch verpleegkundigen, zowel numeriek als wat invloed betreft, een minder sterke positie in de geestelijke gezondheidszorg innamen dan in Nederland.[2479]

Hoewel de invulling van het biopsychosociale model vaag bleef, was dit beroepsprofiel wel leidraad voor de herziening van de opleiding in 1981. Daarin kwam meer aandacht voor psychotherapie alsook voor sociale en biologische psychiatrie. Met de invoering van sociale psychiatrie en psychotherapie als verplichte onderdelen van de opleiding moesten psychiaters hun zeggenschap over de inhoud van de opleiding delen met andere disciplines. De stage sociale psychiatrie was afhankelijk van de medewerking van de multidisciplinaire Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Over het onderdeel psychotherapie kreeg het Centraal Orgaan Opleidingen Psychotherapie, waarin ook organisaties van niet-medici zitting hadden, zeggenschap. [2480] De nieuwe invulling van de opleiding kwam mede tot stand om

[2477] Schnabel 1982a, 82-95.
[2478] Van den Boom 1987, 111.
[2479] Oosterhuis 2005b.
[2480] Schwarz 1987.

psychiatrisch tegenwicht te bieden aan de concurrentie en de toegenomen scholing van vooral psychologen op het gebied van psychotherapie. Verder kwam de gewijzigde opleiding tegemoet aan de eisen van de nieuwe RIAGG, die een breed palet aan hulpverlening, zowel psychotherapeutisch als sociaalpsychiatrisch, moest bieden. Opmerkelijk was dat de nieuwe opleiding nog steeds een verplicht jaar neurologie voorschreef. Alleen als een psychiater in opleiding er niet in slaagde een opleidingsplaats neurologie te vinden, mocht dit worden vervangen door een ander. Twee jaar later verdween de neurologie definitief als verplicht onderdeel uit de opleiding, niet zozeer om een principiële als wel om een praktische reden, namelijk de schaarste aan neurologische opleidingsplaatsen. De afschaffing van het onderdeel neurologie in de psychiatrische opleiding alsmede de opheffing van de gecombineerde psychiatrisch-neurologische opleiding tot zenuwarts bezegelde de verwijdering tussen psychiatrie en neurologie, die al vanaf de jaren vijftig was begonnen.

De zorg om de medische status van hun vakgebied was waarschijnlijk een belangrijke reden dat de meerderheid van de leden van de NVP zo lang het onderdeel neurologie in de opleiding wenste te handhaven. De toegenomen aandacht voor psychosociale benaderingen ten spijt bleven zij vasthouden aan hun medische beroepsidentiteit. In 1982 benadrukte het bestuur van de NVP dat het geneeskundige karakter van de psychiatrieopleiding gewaarborgd moest blijven. Na de definitieve afschaffing van de verplichte neurologiestage werd aan de opleidingseisen uitdrukkelijk toegevoegd dat assistent-psychiaters kennis moesten opdoen van de somatische pathologie.[2481] Tevens werd met ingang van 1984 de opleiding met een half jaar verlengd waardoor deze vanaf toen bestond uit drie jaar basisscholing in klinische psychiatrie, een half jaar sociale psychiatrie en één keuzejaar voor stages. Aan de behoefte aan meer differentiatie en specialisatie kwam de nieuwe opleiding niet tegemoet. De psychiatrieopleiding bleef overwegend generalistisch.

Begin jaren tachtig begonnen sommige psychiaters voorzichtig voor een sterker medisch profiel van hun vak te pleiten, een geluid dat vanaf het eind van het decennium sterker weerklank vond.[2482] Terwijl de nadruk op het biopsychosociale model mede was ingegeven door de vrees voor terreinverlies aan andere beroepsgroepen, duidde de toenemende neiging van psychiaters om zich als medicus te afficheren op een nauwere afbakening van hun werkveld, waarbij de psychosociale problematiek kon worden overgelaten aan andere deskundigen.

4.1.2. *De universitaire psychiatrie*

De universitaire psychiatrie, die rond 1980 25 leerstoelen aan medische faculteiten telde, werd in de jaren zestig en zeventig in hoge mate beheerst door de psychoanalyse.[2483] Daarmee werd afstand genomen van zowel de neurologie als de fenomenologisch-

---

[2481] Vos en Van Berkestijn 1993, 26-27; vergelijk Schene 1990.

[2482] Stolk en Op den Velde 1982.

[2483] Schnabel 1982a, 124-125; De Waardt 2005, 155-166. Buiten de medische faculteiten waren ook nog enkele psychiaters aan juridische faculteiten als hoogleraar forensische psychiatrie aangesteld: in Utrecht F.H.L Beyaert (1975-1995), in Leiden M. Zeegers, in Amsterdam aan de Vrije Universiteit N.W. de Smit en in Nijmegen S. van der Kwast (1971-1973) en J.G. Schnitzler (1983-1989). Brabers en Schreuder 1998: II, 478, 489. In Groningen was de hoogleraar forensische psychiatrie W. Goudsmit wel aan de medische faculteit verbonden.

antropologische richting die vanaf het interbellum haar stempel drukte op de academische vakbeoefening. Met uitzondering van de Vrije Universiteit en de Katholieke Universiteit Nijmegen kwamen de belangrijkste leerstoelen voor algemene en klinische psychiatrie in handen van psychoanalytici of psychiaters die ermee sympathiseerden: P.C. Kuiper en F.E.R.E.R. de Jonghe aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam (1961-1984 respectievelijk vanaf 1980), Bastiaans aan de Rijksuniversiteit Leiden (1963-1985), W.K. van Dijk aan de Rijksuniversiteit Groningen (1963-1985), J.H. Plokker aan de Rijksuniversiteit Utrecht (1964-1976) en G.A. Ladee, een leerling van Kuiper, als eerste hoogleraar klinische psychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (1967-1985).

Ook de hoogleraren voor de specialismen kinderpsychiatrie, psychotherapie en seksuologie waren sterk op de psychoanalyse georiënteerd. Th. Hart de Ruyter bekleedde vanaf 1956 tot 1973 in Groningen de eerste leerstoel kinderpsychiatrie. In het midden van de jaren zestig gingen twee andere vooraanstaande psychoanalytici leerstoelen op dit terrein bezetten: L. Kamp in Utrecht (1964-1980) en E.C.M. Frijling-Schreuder aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit (1965-1974). Frijling-Schreuder was evenals Hart de Ruyter een prominent lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse onder leiding van de orthodoxe Freudiaan J.A. Lampl-De Groot, terwijl Kamp was aangesloten bij het rekkelijker Psychoanalytisch Genootschap en daarin in de jaren vijftig het voorzitterschap bekleedde. Andere kinderpsychiaters die hoogleraar werden, waren D.J. de Levita, achtereenvolgens in Rotterdam (1969-1974) en Amsterdam (Gemeente Universiteit, 1974-1988), J.A.R. Sanders-Woudstra in Rotterdam (1974-1987) en Amsterdam (Universiteit van Amsterdam, 1988-1992) en C. Rümke in Groningen (1973-1987). Verder bezetten psychoanalytici leerstoelen op het gebied van de psychotherapie: A. van Dantzig vanaf 1971 aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, R.E. Abraham in Leiden, J.H. Thiel in Rotterdam en A.A. Fischer van 1987 tot 1995 in Nijmegen.[2484] C. van Emde Boas en H. Musaph vervulden in de jaren zeventig bijzondere leeropdrachten in de seksuologie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam en in Leiden.[2485]

Nog sterker dan de algemene psychiatrie stond de kinderpsychiatrie in de jaren zestig en zeventig in het teken van de psychoanalyse. Nadat de Amsterdamse lector in de kinderpsychiatrie F. Grewel, exponent van een meer biosociale benadering, door de benoeming van Frijling-Schreuder op een zijspoor was beland, viel alleen in Leiden nog een ander geluid te beluisteren: de medisch-directeur van de Leidse psychiatrische kinderkliniek Curium en lector D.A. van Krevelen vroeg aandacht voor de biomedische aspecten van deze specialisatie. De hoogleraar psychiatrie Bastiaans trachtte de kinderpsychiatrie buiten Van Krevelen om een psychoanalytische invulling te geven en hij kreeg daarbij steun van de hoogleraar in de pediatrie, G.M.H. Veeneklaas, en de medisch directeur van het plaatselijke MOB, de psychiater S. Teuns. De meer medische optiek van Van Krevelen moest het afleggen tegen de psychoanalytische en deels ook bredere sociaalpsychologische en pedagogische benadering, waarbij psychiaters, zoals in MOB's gebruikelijk was, met andere deskundigen als psychologen en pedagogen samenwerkten. Hij kwam in een isolement terecht en trad in 1972 af als lector en directeur van Curium. Van Krevelens opvolger als directeur van Curium en als docent aan de Leidse universiteit, J. Weinberg, was een aanhanger van de systeemtheorie. Achter

[2484] Abma en Weijers 2005, 80-91; De Waardt 2005, 159-160, 177-185; Schnabel 1982a, 124-125; Brabers en Schreuder 1998: II, 470.
[2485] Van der Steege 1995, 42.

psychische stoornissen van kinderen zouden gestoorde gezinsrelaties schuilgaan en derhalve moest de behandeling zich ook richten op de communicatie- en omgangspatronen in het gezin.[2486]

Aan de twee confessionele universiteiten en de nieuwe, in 1974 opgerichte Rijksuniversiteit Limburg kreeg de psychoanalyse geen dominante positie. Op de Vrije Universiteit kwam de leerstoel klinische psychiatrie na de plotselinge dood van A.L. Janse de Jonge in handen van de neuroloog F.C. Stam (1966-1975), wiens leeropdracht tevens neuropathie inhield. Deze benoeming was omstreden, niet alleen in verband met persoonlijke tegenstellingen in de medische faculteit van de Vrije Universiteit, maar ook vanwege inhoudelijke bezwaren: Stam zou geen oog hebben voor de geesteswetenschappelijke en levensbeschouwelijke aspecten van de psychiatrie. Stams aandacht ging voornamelijk uit naar de somatische basis van psychosen. Zijn medewerkers en studenten verweten hem dat hij de psychosociale kant van het vak verwaarloosde en dat de sociale en kinderpsychiatrie alsook de psychotherapie in het onderwijs onderbelicht bleven. Mede door de invloed van het antipsychiatrische gedachtegoed en omdat Stam niet aan de kritiek tegemoet kwam, werden de protesten tegen zijn koers feller. Hoewel hij steun kreeg van het faculteitsbestuur gaf Stam in 1975 de strijd op door zijn leeropdracht klinische psychiatrie neer te leggen en zich te beperken tot de neuropathie.

De opvolging van Stam stond ook in het teken van conflict, onder andere vanwege de status aparte van de Valeriuskliniek, waarover niet alleen de medische faculteit, maar ook de opvolger van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen, inmiddels omgedoopt tot Vereniging Bennekom, zeggenschap had. In 1983 kwam een einde aan deze ingewikkelde beheerstructuur doordat de Valeriuskliniek als Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis onderdeel werd van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. De leerstoel klinische psychiatrie bleef tot 1981 vacant. De beoogde opvolger van Stam, de docent neuroseleer M. Kuilman, trok zich in 1977 terug. Vier jaar later volgde de benoeming van W. van Tilburg. Deze was psychoanalytisch opgeleid, maar mede door de specialisatie waarmee hij zich profileerde, de ouderenpsychiatrie, speelde de psychoanalyse in zijn werk geen prominente rol.[2487] In de psychiatrieopleiding van de Vrije Universiteit kregen de psychofarmaca meer aandacht dan aan universiteiten waar de psychoanalyse de toon aangaf.[2488]

De Nijmeegse hoogleraar psychiatrie en neurologie J.J.G. Prick, een fel tegenstander van de scheiding van deze twee vakgebieden, koos in 1971 bij de splitsing van de leerstoel voor neurologie. S.J. Nijdam, die zijn sporen had verdiend met farmaceutisch onderzoek, ging de leerstoel klinische psychiatrie bekleden (1971-1984). In 1977 kreeg de Nijmeegse universiteit een tweede hoogleraar algemene psychiatrie in de persoon van Fischer, die deskundig was op het terrein van de psychoanalyse en psychotherapie.[2489] De Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht profileerde zich met twee leerstoelen op het gebied van de sociale psychiatrie: M.A.J. Romme vanaf 1974 en M.M.W. Richartz vanaf 1980. De leeropdracht van de laatste werd overigens al een jaar

---

[2486] Hutschemaekers 1995; De Waardt 2005, 159-160, 181-185.
[2487] Van Bergen 2005, 515-527, 674-683.
[2488] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 117.
[2489] Brabers en Schreuder 1998: II, 470, 483; De Waardt 2005, 165; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 119.

later omgezet in klinische psychiatrie.[2490] Met name aan de Groningse en Leidse universiteiten kwam naast de psychoanalyse ook ruimte voor andere oriëntaties. De Rijksuniversiteit Groningen profileerde zich vanaf 1970 met nieuwe leerstoelen voor zowel biologische psychiatrie, achtereenvolgens bekleed door H.M. van Praag en R.H. van den Hoofdakker, als sociale psychiatrie en epidemiologie, bezet door R. Giel. De van de Groningse universiteit afkomstige H.G.M. Rooijmans, die vanaf 1976 naast Bastiaans een leerstoel klinische psychiatrie aan de Leidse universiteit innam, was geen aanhanger van de psychoanalyse en stond een meer medische oriëntatie van het vak voor.

Afgezien van de hoogleraren die niet de psychoanalyse aanhingen, sloot de psychoanalytische dominantie de biologische en sociale benaderingen in de psychiatrie niet geheel uit. Net als zijn voorganger L. van der Horst benadrukte Kuiper het belang van het levensverhaal van de patiënt, maar hij verkondigde tegelijkertijd dat de psychiatrie wetenschappelijker en empirischer moest worden. In zijn oratie, *De plaats van de psychiatrie te midden der medische specialismen* (1962), pleitte Kuiper ervoor om het vak te baseren op zowel de psychoanalyse als de biologie. Een jaar later betoogde hij dat de psychoanalyse geïntegreerd moest worden in de klinische psychiatrie, waarin ook de neurologie een plaats verdiende.[2491] In tegenstelling tot de beschouwende en filosofische antropologisch-fenomenologische richting zou de psychoanalyse wel met wetenschappelijk bewijs te onderbouwen zijn. In zijn onderwijs en in zijn handboeken *Neurosenleer* (1966) en *Hoofdsom der psychiatrie* (1973) profileerde Kuiper zich vooral als psychoanalyticus, maar dat nam niet weg dat de praktijk in zijn kliniek veelzijdig was en ook plaats bood aan andere vormen van behandeling, waaronder medicamenten. De psychoanalyse was voor hem vooral een algemene beschouwingswijze in de psychiatrie en veel minder een exclusieve behandelwijze.[2492] In de jaren zeventig nam hij stelling tegen de natuurwetenschappelijke, medische psychiatrie. Deze zou elk begrip voor de beleving van geesteszieken uitsluiten; hij sprak in dit verband zelfs van een 'samenzwering tegen het gevoel in de psychiatrie'. Een interpretatieve psychiatrie, die was gebaseerd op de psychoanalyse of de fenomenologie, zou wel recht doen aan 'de mens en zijn verhaal', zoals de titel van een van zijn boeken luidde.[2493] Hoewel hij de biologische etiologie van psychische stoornissen niet geheel uitsloot, gaf hij geen steun aan het ambitieuze plan dat de neuroloog J. Booij, hoogleraar farmacologie en neuro-biochemie aan de Vrije Universiteit, in 1963 lanceerde om vanuit de twee Amsterdamse universiteiten een nieuwe neuropsychiatrische kliniek met een laboratorium voor biochemisch onderzoek op te zetten.[2494] De psychiatrische afdeling van de Universiteit van Amsterdam huisde nog tot 1979, toen een nieuw Psychiatrisch Centrum van het Academisch Medisch Centrum in de Bijlmer gereed kwam, in het verouderde en verwaarloosde Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis.[2495]

Nog meer dan Kuiper gaf de psychoanalyticus Van Dijk in Groningen ruimte aan andere benaderingen. Als eerste hoogleraar riep hij een aparte afdeling biologische psychiatrie in het leven en daarnaast zorgde hij voor de instelling van een aparte leerstoel

---

[2490] De Waardt 2005, 297.
[2491] Kuiper 1963.
[2492] De Waardt 2005, 162-163; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 118.
[2493] Kuiper 1976, 114.
[2494] Snelders 2000, 93-96; De Waardt 2005, 200-203; Van Bergen 2005, 587-588.
[2495] Van den Berg 1989, 66.

voor sociale psychiatrie en epidemiologie. Van Praag, gepromoveerd op een onderzoek naar de werking van psychofarmaca bij depressies, kreeg in 1966 de leiding over de biologische afdeling en hij richtte in hetzelfde jaar het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie op. Met onderzoek gericht op de stofwisseling in de hersenen, werd hij de voorman van de biologische psychiatrie in Nederland. Biologisch was in dit verband een overkoepelende term voor uiteenlopend onderzoek naar de lichamelijke oorzaken van geestesziekte en somatische, met name medicamenteuze, geneeswijzen. Tot dan toe was het onderzoek naar mogelijke verbanden tussen psychische en hersenstoornissen voornamelijk afhankelijk geweest van de pathologische anatomie, maar nu werden, mede onder invloed van nieuwe psychofarmaca, meer verfijnde biochemische technieken in combinatie met aan andere disciplines ontleende methodes aangewend. Van Praag benadrukte het interdisciplinaire karakter van deze tak van de psychiatrie: naast de biochemie, farmacologie, neurologie en fysiologie was er ook een rol voor de (experimentele) psychologie weggelegd; aan de laatste ontleende hij methoden en technieken ten behoeve van systematische gedragsobservatie.[2496] Zijn onderzoek richtte zich in het bijzonder op het vermeende verband tussen depressies en stoornissen in het functioneren van neurotransmitters. Van Praag, die in 1970 hoogleraar aan de Groningse universiteit werd, verhuisde in 1977 naar de Rijksuniversiteit Utrecht om aldaar de algemene leerstoel psychiatrie, als opvolger van Plokker, te bekleden. In Utrecht wilde hij zich bezighouden met hersenonderzoek door middel van biochemie, elektrofysiologie, neurochirurgie en farmacie. Hoewel hij stelde dat dergelijk onderzoek een plaats verdiende *naast* de psychologische en sociale benadering en dat de biologische psychiatrie deze niet wilde verdringen, kreeg Van Praag in Utrecht al gauw te maken met verzet tegen zijn plannen. Zijn oratie, waarin hij de antipsychiatrie als onwetenschappelijk bekritiseerde, riep felle reacties op. Demonstranten verstoorden vervolgens zijn colleges. Nadat hij en zijn gezin waren bedreigd, vertrok Van Praag in 1981 naar New York. Zijn opvolger in Utrecht was M. Kuilman (1982-1992), die zich voornamelijk op beheer en bestuur richtte en zich inhoudelijk nauwelijks profileerde.[2497]

Van Praag voelde zich geïsoleerd in de psychiatrische wereld, waarin psychologische en sociale perspectieven domineerden. Bovendien bestond er in de media en de publieke opinie een sterke weerzin tegen biologische verklaringen van menselijk gedrag, zoals ook de criminoloog W. Buikhuisen ervoer toen hij in 1978 tot hoogleraar aan de Leidse universiteit werd benoemd en hij voorstelde om behalve aan sociale factoren ook aandacht te schenken aan de biologische kenmerken van misdadigers.[2498] De opvolger van Van Praag in Groningen, Van den Hoofdakker, riep daarentegen minder weerstand op. In diens opvattingen over de biologische achtergronden van psychische stoornissen klonk meer nuance door. In het biologisch perspectief stond volgens hem de wisselwerking tussen organisme en leefmilieu centraal en daarom diende de biopsychiater oog te hebben voor de invloeden van de sociale omgeving op lichaamsprocessen. Van den Hoofdakker maakte onder het pseudoniem Rutger Kopland ook naam als dichter en hij ventileerde uitgesproken opvattingen over de maatschappelijke rol van artsen. In zijn *Bolwerk van de beterweters* (1969) stelde hij dat

[2496] Van Praag 1967; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 95-96, 113-115 en Van der Meer en Van ’t Hof 2007, 100-102.
[2497] De Waardt 2005, 207-213.
[2498] Van Weringh 1986, 233-246; Snelders 2000, 96-98.

medici sociale en psychische problemen individualiseerden en dat zij zich daarmee aan de zijde van de bestaande maatschappelijke orde schaarden. Het boek leverde hem naast positieve reacties veel boze brieven en dreigementen op van collega's, die vonden dat hij het aanzien van de medische stand bekladde. Van den Hoofdakker toonde begrip voor de antipsychiatrische verwerping van het medische model, hoe eenzijdig ook, en hij onderschreef het belang van inleving en communicatie in de psychiatrie. In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verdedigde hij Foudraine tegen aanvallen van enkele collega's.[2499]

Terwijl de biologische psychiatrie in het defensief werd gedrongen, kon de sociale psychiatrie in deze periode op meer instemming rekenen. Vanaf het midden van de jaren vijftig had deze al een plaats in de universitaire opleiding gekregen in de vorm van een keuzestage bij een voor- en nazorgdienst of Sociaal-Psychiatrische Dienst. Nadat de wijziging en verkorting van de opleiding in 1972 ertoe hadden geleid dat de sinds 1964 verplichte stage sociale psychiatrie opnieuw een facultatieve status kreeg, werd deze in 1982 weer verplicht.[2500] N. Speijer bekleedde van 1965 tot 1973 de eerste leerstoel op dit terrein aan de Rijksuniversiteit Leiden. Vanaf 1968 vervulde Trimbos de leeropdracht sociale en preventieve psychiatrie aan de Rotterdamse Eramus Universiteit. Aan de Groningse universiteit werd R. Giel in 1970 hoogleraar sociale psychiatrie en epidemiologie. Het vierde professoraat sociale psychiatrie, aan de Rijksuniversiteit Limburg, kwam in 1974 in handen van M.A.J. Romme. Verder bezetten W.J. Schudel, vanaf 1980 in Leiden, en B. Gersons van 1982 tot 1991 aan de Rijksuniversiteit Utrecht, leerstoelen op dit gebied.[2501]

Giel was de voortrekker van de psychiatrische epidemiologie in Nederland. In verband met de kwantificerende benadering die hij in zijn onderzoek hanteerde, pleitte hij voor een standaardisering van de diagnostiek. Mede door de invloed van de fenomenologie en psychoanalyse in de Nederlandse psychiatrie ontbrak het volgens hem aan een uniform en nauwkeurig classificatiesysteem. In 1971 publiceerde Giel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* het eerste psychiatrisch-epidemiologische onderzoek in Nederland: in het dorp Stolwijk zou dertien procent van de inwoners aan een of andere psychische aandoening lijden.[2502] Twee jaar later startten Giel en zijn medewerkers een onderzoek naar de zorgconsumptie met behulp van centrale casusregisters, waarin zij de contacten van psychiatrische patiënten met alle voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied - in dit geval Drenthe - gedurende langere tijd volgden. Later zou dergelijk onderzoek ook worden opgezet in Maastricht (1981), Nijmegen (1983), Rotterdam (1992) en Amsterdam (1994).[2503] Evenals Giel drong Trimbos in zijn oratie aan op een aanscherping van de diagnostische classificatie ter onderbouwing van comparatief epidemiologisch onderzoek. Dat was volgens hem nodig om de psychohygiënische preventie en de sociaal-psychiatrische werkwijze een wetenschappelijke basis te geven.[2504] De invoering van een uniform classificatiesysteem liet overigens nog tot medio jaren tachtig op zich wachten,

---

[2499] Van den Hoofdakker 1974; vergelijk Van den Hoofdakker 1978; Poslavsky 1972; Rooijmans 1972.
[2500] Trimbos 1985.
[2501] De Waardt 2005, 194, 212, 297-298.
[2502] Van der Meer en Van ’t Hof 2007, 105-106.
[2503] Scenariocommissie 1990, 34, 47; Hodiamont 1994; Van der Grinten 1994.
[2504] Trimbos 1969. Over eerdere pleidooien vanuit de NVPN voor een uniform classificatiesysteem zie 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.

toen de Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III, 1980) en in mindere mate de *International Classification of Diseases* (ICD, 1977) ingang vonden in de Nederlandse psychiatrie.

Vooral naar aanleiding van de vraag in hoeverre de inrichtingszorg was te vervangen door ambulante en semimurale voorzieningen voor psychiatrische patiënten, ontstond verdeeldheid in de universitaire sociale psychiatrie. Terwijl Giel benadrukte dat voor ernstige geesteszieken voldoende opnamemogelijkheden moesten blijven bestaan, lieten Trimbos en Romme zich in hoge mate leiden door het antipsychiatrische gedachtegoed en pleitten zij voor de afbouw van psychiatrische ziekenhuizen. Begin jaren tachtig tekenden zij met de zogenaamde Moratoriumactie protest aan tegen plannen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen.[2505] Onder verwijzing naar de volgens hem volledig mislukte deïnstitutionalisering in de Verenigde Staten nam Giel stelling tegen deze actie.[2506] Romme en Trimbos veronderstelden dat de kenmerken die chronische psychiatrische patiënten aan de dag legden, zoals hun sterke zorgafhankelijkheid en gebrekkige sociale functioneren, grotendeels een gevolg waren van omgevingsinvloeden. Langdurig verblijf in een psychiatrische inrichting zouden deze gebreken versterken of zelfs in het leven roepen. Deze 'hospitalisatie' moest worden doorbroken door dergelijke patiënten niet langer in inrichtingen op te nemen, maar hen terug te brengen in de maatschappij en hen extramurale behandelingsfaciliteiten te bieden.[2507] Op deze manier zouden zij vanzelf weer beter functioneren. Volgens Giel en zijn medewerkers was het gebrekkige maatschappelijke functioneren van deze patiënten grotendeels aan hun stoornissen en niet zozeer aan hun leefomgeving te wijten. Vanwege hun ernstige beperkingen achtten zij het niet aannemelijk dat ambulante instellingen chronische patiënten voldoende vervangende zorg konden bieden. Zij benadrukten dat psychiatrische ziekenhuizen noodzakelijk bleven als asielvoorzieningen en dat de mogelijkheden om chronische geesteszieken sociaal te rehabiliteren beperkt waren.[2508] Giel wees er daarbij ook op dat de overheid het pleidooi voor extramuralisering van de psychiatrische zorg gebruikte om bezuinigingen door te voeren op de kostbare intramurale zorg.

> Wij hebben […] de mantel van de zorg voor onze naasten bij de overheid in kunnen leveren, waarvoor we aanzienlijke premies betalen. Wij hebben onze zieken en gehandicapten evenals onszelf als het ware vrijgekocht. Thans ziet het ernaar uit dat we onze mantels van de overheid terugkrijgen, maar niet ons geld.[2509]

In de jaren tachtig verloor de psychoanalyse aan glans. Daar waren de wederwaardigheden van twee prominente hoogleraren, Kuiper en Bastiaans, mede debet aan. In een openbaar debat dat de Homogroep Gezondheidszorg Amsterdam in 1981 in het hoofdstedelijke COC-kwartier organiseerde, werd Kuiper het vuur aan de schenen

---

[2505] Over de Moratoriumactie zie verder paragraaf 4.3.1. Nieuwbouw en renovatie.
[2506] Giel 1984.
[2507] Onder invloed van het werk van de Amerikaanse socioloog E. Goffman was de term hospitalisatie begin jaren zestig al gevallen in de Nederlandse psychiatrie. Zie Klijn 2007a, 24.
[2508] Giel 1984; vergelijk Henkelman en De Ruiter 1991, 37-47, 63-66.
[2509] Giel 1984, 254.

gelegd. In zijn leerboek over de neurosen schaarde hij homoseksualiteit op basis van zijn psychoanalytische inzichten onder de hysterische neurosen, maar nu moest hij toegeven dat deze rubricering niet gelukkig was. Een jaar daarvoor had hij in een interview in *Avenue* verteld dat hij regelmatig aan depressies leed, waarvoor psychoanalyse een goede remedie zou bieden. Enkele jaren later viel Kuiper ten prooi aan een ernstige, met psychotische verschijnselen gepaard gaande depressie. Psychotherapie bleek onvoldoende te helpen: zijn herstel was voor een groot deel te danken aan de behandeling met psychofarmaca die hij in een kliniek in Den Haag onderging. Met zijn autobiografisch relaas *Ver heen: verslag van een depressie* (1988) trad Kuiper met zijn ziektegeschiedenis in de openbaarheid.[2510] Eind jaren tachtig kwamen nieuwe antidepressiva op de markt en al gauw kregen deze een positief onthaal in de media en steeg het gebruik ervan. Door de opmars van de biopsychiatrie in de jaren negentig raakten psychoanalytisch georiënteerde psychiaters, die zich afwijzend of terughoudend opstelden ten aanzien van psychofarmaca, in het defensief.

De psychoanalyticus Bastiaans werd in de jaren zeventig en tachtig het middelpunt van controversen. Evenals zijn voorganger E.A.D.E. Carp lanceerde Bastiaans plannen om de verouderde Jelgersmakliniek, het voormalige sanatorium Rhijngeest, te vervangen door een nieuwe kliniek binnen het academisch ziekenhuis. Een en ander ging gepaard met veel conflicten tussen de medische faculteit en Bastiaans, waardoor de Leidse psychiatrie veel negatieve publiciteit trok. Mede door zijn zwalkende koers - nu eens stemde hij in met vernieuwings- en uitbreidingsplannen, dan weer keerde hij zich ertegen als deze naar zijn idee te weinig opleverden of ten koste van zijn eigen belangen gingen - raakte de relatie tussen Bastiaans en de medische faculteit verstoord. Tegelijkertijd liet zijn verhouding tot Endegeest ook te wensen over, waardoor arts-assistenten tijdens hun opleiding te weinig ervaring opdeden met psychotische patiënten. Verder besteedde Bastiaans in zijn onderwijs geen aandacht aan psychofarmaca.[2511] De instelling van een tweede Leidse leerstoel voor psychiatrie in 1976, die Rooijmans bezette, was in feite een motie van wantrouwen aan het adres van Bastiaans. Rooijmans stond aan het hoofd van de nieuwe psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis. Ondanks het verzet van Bastiaans, nam Rooijmans in 1982 de leiding van de Jelgersmakliniek en daarmee in feite ook die van de gehele - over academisch ziekenhuis, Jelgersmakliniek en Endegeest verdeelde - Leidse universitaire psychiatrie op zich.

Zoals hiervoor al aangegeven stond Rooijmans kritisch ten aanzien van de psychoanalyse en neigde hij naar een meer medische benadering. Hij relativeerde het psychotherapeutische optimisme omtrent de behandelbaarheid van psychische stoornissen, dat in de jaren zeventig hoogtij vierde, en wees erop dat sommige psychiatrische patiënten meer baat hadden bij een benadering waarin hun invaliditeit centraal stond.[2512] Al eerder had hij zich in niet mis te verstane bewoordingen afgezet tegen de antipsychiatrie. Met haar 'rammelende argumentatie', 'grote, holle woorden' en 'duistere formuleringen' was er eerder sprake van ideologie en geloof dan van wetenschap. Het verwonderde hem dat psychiaters als Trimbos zich door deze modieuze 'antiwetenschap' lieten meeslepen.[2513] In het bijzonder nam Rooijmans stelling tegen de

[2510] De Waardt 2005, 128, 194-195.
[2511] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 116.
[2512] Van 't Hof 1996, 45.
[2513] Rooijmans 1972, 390, 402, 405-406.

zijns inziens emotioneel gekleurde commotie over de toepassing van de elektroshocktherapie. Volgens hem rechtvaardigden de feiten omtrent deze behandeling het felle verzet ertegen geenszins. Bij ernstige depressie, waarbij psychotherapeutische interventies geen verbetering bewerkstelligden, was de heilzame werking ervan aangetoond en daarom wogen de kosten ervan, zoals bepaalde bijwerkingen, op tegen de baten. Hij betreurde dat door de negatieve publiciteit over deze therapie sommige patiënten een effectieve behandeling werd onthouden.[2514]

Als een van de grondleggers van de consultatieve psychiatrie ten behoeve van de somatische gezondheidszorg verkeerde Rooijmans veel in algemene ziekenhuizen. De consultatieve psychiatrie richtte zich op psychische aandoeningen bij lichamelijke ziekte. Aan de ene kant sloot deze nieuwe tak van de psychiatrie aan bij de groeiende aandacht voor de psychosociale aspecten van ziekte in de somatische gezondheidszorg, aan de andere kant werd hij gevoed door de biologische psychiatrie. De consultatieve psychiatrie ontwikkelde zich in de jaren tachtig tot een apart specialisme met een eigen organisatie, het Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie (1983) met zo'n vijftig actieve leden, die voor het merendeel in algemene en universitaire ziekenhuizen werkzaam waren. Enkele jaren later ging het Consortium op in de sectie Ziekenhuispsyhiatrie van de NVP. In 1984 publiceerde Rooijmans een handboek op dit terrein.[2515]

Op een zijspoor gerangeerd, bleef Bastiaans nog tot 1985, in een conflictueuze sfeer, aan als hoogleraar en behandelde hij tot 1988 patiënten.[2516] Hij had zich geprofileerd met de behandeling van aan psychotrauma's lijdende oorlogsslachtoffers door middel van de zogenoemde narcoanalyse: de toediening van geestverruimende preparaten, met name LSD, gecombineerd met psychotherapie. Mede vanwege de maatschappelijke aandacht voor oorlogstrauma's vanaf het eind van de jaren zestig verwierf Bastiaans publieke bekendheid. De cineast L. van Gasteren maakte een documentaire over diens behandelmethode, die begin jaren zeventig op de televisie verscheen. Voorts speelde Bastiaans een prominente rol in de politiek beladen discussie over de mogelijke vrijlating van drie Duitse oorlogsmisdadigers die in Nederland een levenslange gevangenisstraf uitzaten, de zogeheten Drie van Breda. Tevens was hij betrokken bij de totstandkoming van het in 1973 geopende behandelcentrum voor oorlogsslachtoffers Centrum '45 in Leiden, waarvan hij overigens tot zijn teleurstelling geen directeur werd, onder meer omdat dit dagziekenhuis niet onder de Leidse universitaire psychiatrie viel en hij met het bestuur van mening verschilde over de organisatie van de hulpverlening. Door zijn patiënten en in kringen van het oud-verzet werd Bastiaans op handen gedragen, maar zijn medische en maatschappelijke reputatie raakte in het geding. In 1975 werd een patiënt van Bastiaans, het Eerste Kamerlid voor de Partij van de Arbeid E. Meester, publiekelijk als pathologische bedrieger ontmaskerd: diens heroïsche verzetsverleden en oorlogstrauma bleken op verzinsels te berusten. Bastiaans' vertrouwen in de werking van LSD als therapeutisch middel en zijn publieke optredens hadden al eerder weerstand opgeroepen in de medische wereld. In 1987 werd bekend dat een door de overheid geïnitieerd onderzoek naar de effectiviteit van Bastiaans' behandelmethode geen doorgang kon vinden omdat de benodigde gegevens ontbraken:

[2514] Rooijmans 1978. Over de elektroshocktherapie zie verder paragraaf 4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme.
[2515] Hengeveld, Huyse en Van der Mast 1989; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 10-12, 107-123.
[2516] Rooijmans 1998, 94-106, 109-129.

van de 300 patiëntendossiers uit zijn praktijk bleken er slechts negen informatie te bevatten over de toestand van patiënten voor en na de behandeling. Er viel niet aan de indruk te ontkomen dat Bastiaans het succes van zijn LSD-behandelingen had overdreven en negatieve resultaten onder het tapijt had geveegd. In 1994 kwam hij nog een keer op een negatieve manier in de publiciteit toen hij zich voor het medisch tuchtcollege moest verantwoorden vanwege zijn behandeling van twee heroïneverslaafden met een hallucinogeen middel, waarbij een van hen stierf. [2517]

Niet alleen in de algemene, ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie verloor de psychoanalyse aan invloed. Mede door de concurrentie van psychologen en orthopedagogen, met name op het terrein van gedragsmoeilijkheden, zwakzinnigheid en autisme, kwam de sociaalpsychologische oriëntatie van de kinderpsychiatrie rond 1980 ter discussie te staan. Juist omdat deze een multidisciplinaire benadering impliceerde, namen andere hulpverleners taken van de kinderpsychiater over. Vanaf toen pakten kinderpsychiaters de medische koers van Grewel en Van Krevelen weer op.[2518] Ph.D.A. Treffers, vanaf 1983 directeur van Curium en tevens hoogleraar kinderpsychiatrie in Leiden, was een exponent van deze richting. Dat betekende niet dat de kinderpsychiatrie in Curium uitsluitend in het teken van biologisch onderzoek en somatische behandelingen kwam te staan; de veelvormige klinische praktijk stond voorop en daarin bleef ruimte voor een psychotherapeutische aanpak naast het voorschrijven van medicijnen.[2519] Sanders-Woudstra, achtereenvolgens hoogleraar kinderpsychiatrie aan de Erasmus Universiteit en aan de Universiteit van Amsterdam, volgde een vergelijkbare koers. De Universiteit van Utrecht kreeg in 1984 met H. van Engeland een uitgesproken voorstander van de biologische psychiatrie als hoogleraar in de kinderpsychiatrie. Zijn onderzoek richtte zich op de neurobiologische determinanten van psychische stoornissen en de werking van psychofarmaca. Evenals Treffers veronderstelde hij dat autisme niet het resultaat was van een gebrek aan affectie van de moeder, maar samenhing met een hersenstoornis, die zijn oorzaak zou vinden in genetische afwijkingen.[2520]

Evenals de overwegend pragmatische en eclectische psychiatrie in het algemeen, was de universitaire psychiatrie sterker op de hulpverleningspraktijk dan op wetenschappelijk onderzoek gericht. In wetenschappelijk opzicht nam de Nederlandse psychiatrie internationaal gezien geen vooraanstaande positie in. Oorspronkelijk onderzoek was schaars en binnen de subsidie-instelling van de overheid voor wetenschappelijk onderzoek, Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO), bestond geen aparte werkgemeenschap psychiatrie. Hoewel het aantal wetenschappelijke bijdragen in de jaren zeventig en tachtig wel steeg, waren op empirisch onderzoek gebaseerde artikelen in het belangrijkste Nederlandse psychiatrische periodiek, het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, relatief dun gezaaid, zeker in vergelijking met de vroegere *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* en het Scandinavische, Engelstalige tijdschrift *Acta psychiatrica scandinavica*. Beschouwende artikelen hadden de overhand in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.[2521] Begin jaren tachtig was ongeveer 12 procent van alle psychiaters nauw betrokken bij onderwijs en onderzoek, was tussen 11 en 12 procent

---

[2517] Rooijmans 1998, 106-109, 122-129; Snelders 2000, 191-198, 270-275; De Waardt 2005, 190-194.
[2518] De Waardt 2005, 213-218; Abma en Weijers 2004, 86-91, 138-141.
[2519] Konijn 1995, 212.
[2520] De Waardt 2005, 213-218.
[2521] Rooijmans en Van Hemert 1990.

gepromoveerd[2522] en publiceerde 10 procent regelmatig. Het aantal dissertaties van zenuwartsen (dus zowel psychiaters als neurologen) bedroeg in de jaren vijftig en zestig 72 respectievelijk 76. In de jaren zeventig promoveerden 56 psychiaters, een aantal dat in het decennium daarop steeg naar 98.[2523]

Opmerkelijk in het licht van de intellectuele oriëntatie van de toonaangevende hoogleraren in de naoorlogse periode is dat van het fenomenologisch-antropologische gedachtegoed nagenoeg niets is terug te vinden in de promotieonderwerpen en dat de filosofische grondslagen van het vak en de psychotherapie weinig aandacht van promovendi hebben getrokken. Veel promotieonderzoek werd verricht op fysiologisch en neurologisch terrein, terwijl ook de psychofarmaca daarin, vanaf de jaren zeventig in toenemende mate, goed waren vertegenwoordigd. De klinische psychiatrie, waaronder diagnostiek, specifieke ziektebeelden en zorgpraktijken (behandeling, verzorging, begeleiding en ondersteuning) was ook onderwerp van een groot aantal dissertaties. Het aandeel van de sociale en ambulante psychiatrie in het promotie-onderzoek was tot omstreeks 1970 bescheiden, maar nam daarna sterk in omvang toe. Verder leverde onderzoek op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg regelmatig dissertaties op. Afgaande op promoties lijkt het erop dat psychiatrisch onderzoek in sterke mate georiënteerd was op de zorgpraktijk en dat meer fundamentele wetenschapsbeoefening - zowel wetenschapsfilosofisch als biomedisch onderzoek - grotendeels ontbrak.[2524]

Wetenschappelijke en therapeutische vernieuwingen in de psychiatrie werden overigens voor een groot deel van buitenaf bevorderd: op het gebied van de psychotherapie door psychologen, op het terrein van de sociale psychiatrie door sociale wetenschappers en op dat van de psychofarmaca door neurobiologen, farmacologen en endocrinologen. Net als de psychiatrische hulpverleningspraktijk kenmerkte de wetenschappelijke psychiatrie zich door een grote mate van openheid ten aanzien van andere disciplines.[2525] De intellectuele oriëntatie op Duitsland en Frankrijk maakte vanaf de jaren zestig met de aftocht van de sterk fenomenologisch-antropologisch georiënteerde hoogleraren in toenemende mate plaats voor Amerikaanse invloeden. Dit kwam niet alleen tot uiting in de grote invloed van de psychoanalyse, die in de naoorlogse Amerikaanse psychiatrie de toon aangaf, en van andere psychotherapeutische richtingen, maar ook in de opmars van empirisch-kwantitatieve onderzoeksmethoden en een toenemend aantal publicaties en dissertaties van psychiaters - een kwart van de proefschriften in de jaren zeventig en een derde in de jaren tachtig - dat in het Engels verscheen.[2526]

[2522] Daarmee scoorden psychiaters iets hoger dan de artsenstand als geheel, waarvan minder dan 10 procent gepromoveerd was, maar lager dan specialisten op het gebied van de interne geneeskunde en neurologie, van wie respectievelijk 30 en 15 procent zich met de doctorstitel tooiden. Rooijmans 1993, 424-426; vergelijk Schnabel 1982a, 137.

[2523] In totaal zouden tussen 1941 en 1990 338 psychiaters gepromoveerd zijn. Zie De Waardt 2005, 226; vergelijk Schnabel 1982a, 131-137 en bijlage 1. Rooijmans telt over de periode 1953-1992 echter aanmerkelijk minder promoties op psychiatrisch gebied, namelijk 221. Rooijmans 1993, 426; Rooijmans s.a.

[2524] Schnabel 1982a, 131-137; Rooijmans s.a.

[2525] Schnabel 1982a, 127-137; Rooijmans en Van Hemert 1990; vergelijk Van 't Hof 1996, 88; Schene 1990, 1030.

[2526] De Waardt 2005, 225-227.

4.2. De geestelijke gezondheidszorg onder druk: kritische psychiatrie en overheidsbemoeienis

4.2.1. *Van geleide naar spontane zelfontplooiing*

De jaren zestig vormden in Nederland in sterkere mate dan in andere landen een waterscheiding. Ondanks de voorspoedige economische modernisering in de jaren vijftig vertoonde Nederland vergeleken met andere West-Europese landen in sociaal-cultureel en politiek opzicht nog behoudende trekken. Door de verzuiling was de afstand tussen de christelijk-burgerlijke moraal en de geleefde praktijk tot halverwege de jaren zestig minder groot dan in andere landen. Aan het begin van de jaren zestig was Nederland het meest kerkelijke en kerkse land van Europa. Meer dan tachtig procent van de bevolking was lid van een kerkgenootschap en bijna driekwart daarvan woonde minstens een keer per maand een kerkdienst bij.[2527] Het geboortecijfer lag in vergelijking met andere West-Europese landen hoog, terwijl het aantal buitenechtelijke geboorten, scheidingen, religieus gemengde huwelijken en werkende vrouwen relatief laag was. Naast de traditionele gezinsmoraal wezen ook de lage criminaliteitscijfers en de geringe frequentie van arbeidsconflicten op een ordelievende bevolking. Het politieke klimaat vertoonde een hoge mate van stabiliteit. Er deden zich geen grote verschuivingen in de krachtsverhoudingen tussen de politieke partijen voor, confessionele partijen kregen gemiddeld meer dan de helft van de stemmen en het beleid kwam tot stand door middel van consensusvorming onder de zuilelites.[2528]

Tussen 1965 en 1975 veranderde Nederland van een in moreel opzicht behoudende, gezagsgetrouwe en kerkse natie in een van de meest vernieuwingsgezinde en vrijgevochten landen in de Westerse wereld. De materiële zekerheid, waarvoor de groeiende welvaart en de uitdijende verzorgingsstaat garant stonden, verruimde de keuzemogelijkheden en maakte het voor meer mensen mogelijk om hun leven naar eigen wens in te richten. In 1963 kwam een einde aan de geleide loonpolitiek en steeg het besteedbare inkomen van veel mensen explosief. Bovendien droegen de secularisering, de ontzuiling en het gestegen opleidingsniveau er vanaf het midden van de jaren zestig toe bij dat veel mensen zich onafhankelijker gingen opstellen en zich ontworstelden aan het collectieve en sterk godsdienstig gekleurde normen- en waardenpatroon.[2529] Individuele zelfbeschikking was een van de kernthema's van protestbewegingen, die zich eind jaren zestig en begin jaren zeventig luidruchtig manifesteerden met hun roep om openheid, inspraak, democratisering, seksuele bevrijding, emancipatie en bewustwording. Hoewel juist in de jaren zestig de verschillen in inkomen, macht en onderwijskansen objectief gezien aanmerkelijk waren verkleind, werden ze intenser als onrecht ervaren.

[2527] Van Rooden 1996, 40.

[2528] Van Poppel en Van Solinge 2001, 45; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 2; Stuurman 2001, 203-204; Ellemers 1995a; Ellemers 1995b; De Rooy 2001, 260; Schuyt en Taverne 2000, 253-254; Van Rooden 1996, 17, 45.

[2529] Terwijl het aandeel van de Nederlandse bevolking dat niet bij een kerk was aangesloten tussen 1930 en 1960 slechts een kleine stijging vertoonde van 15 tot 18 procent, bedroeg dat rond 1970 ruim 23, in 1985 meer dan 48 en tegen 2000 60 procent van de bevolking. Van Rooden 1996, 17, 39; Knippenberg en De Pater 1990, 199; Righart 1995, 60; Uitterhoeve 2000, 18. Vergelijk Stuurman 2001, 211; Ester en Halman 1994, 7.

Dat versterkte het gevoel van onvrede en achterstelling, met name onder arbeiders, jongeren en vrouwen.

Ongelijkheid en het vanzelfsprekende respect voor autoriteit en gezag kwamen ter discussie te staan. Door schijnbaar onaantastbare waarden als God, Oranje, huisgezin, het nationale verleden, de arbeidsvrede en rust en orde op de korrel te nemen, daagden jongeren de gevestigde gezagsdragers en de gezeten burgerij uit. Rellen, demonstraties - tegen de rol van de Amerikaanse NAVO-bondgenoot in de Vietnam-oorlog bijvoorbeeld - ludieke acties van Provo's, Kabouters en Dolle Mina's en bezettingen door studenten gaven de jaren zestig hun revolutionaire imago. Beheersing van verlangens en gevoelens en individuele aanpassing aan de maatschappij golden niet langer als teken van verantwoordelijkheidsbesef, maar als onderdrukking van persoonlijke vrijheid en eigenheid. Soberheid, spaarzaamheid, opofferingsgezindheid, gezagsgetrouwheid en puritanisme, al de collectieve karaktertrekken van de oudere generaties die de economische crisis van de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog hadden meegemaakt, werden door jongeren aan de kaak gesteld als uitingen van een benepen burgerlijke moraal.[2530] Materiële zekerheid en fysieke veiligheid waren voor de jongeren die in de jaren zestig mondig werden, min of meer vanzelfsprekend en dat kwam tot uiting in een nieuw waardenpatroon. Ze gingen hogere eisen stellen aan de kwaliteit van het leven en daarbij speelden niet-materiële waarden als zelfverwerkelijking en emancipatie een grote rol.

Het ideaal van de spontane zelfontplooiing, dat vanaf het eind van de jaren zestig dat van de geleide zelfverwerkelijking verdrong, lag enerzijds in het verlengde van de individualisering die al vanaf de jaren vijftig in het kielzog van de economische modernisering op gang was gekomen. Nadat individuen zich meer en meer los hadden gemaakt van overgeleverde tradities, collectieve bindingen en hiërarchische verhoudingen ter bevordering van hun formele gelijkheid en functionele aanpassing aan de industriële maatschappij, moest er nu ruimte komen voor de accentuering van de eigen bijzonderheid ten opzichte van anderen. Niet gehinderd door hun sociale of godsdienstige achtergrond en gezagsverhoudingen zouden zij hun leven naar eigen keus invulling dienen te geven.[2531] Anderzijds vormde het nieuwe zelfontplooiingsideaal, evenals de tegencultuur van de jaren zestig, een reactie op de modernisering. Terwijl de economie nog snel groeide, brak het bewustzijn door dat materiële welvaart nog geen welzijn betekende. De protestbeweging richtte zich tegen de 'vervreemding', die het gevolg zou zijn van schaalvergroting, bureaucratisering, verzakelijking, rationalisering, efficiency en het technocratische pragmatisme. Met *flower power* en leuzen als de 'verbeelding aan de macht' namen jongeren hiertegen stelling. Tegenover de objectieve wetenschap en de technologie pleitte de protestbeweging voor een alternatieve cultuur waarin authenticiteit, openheid, spontaniteit, emotionele expressie en spirituele bewustzijnsverruiming de ware zelfontplooiing zouden garanderen. Terwijl de christelijke partijen afkalfden en de zuilen afbrokkelden, streefden op persoonlijke zingeving, kleinschalige gemeenschapszin en geborgenheid gerichte stromingen een spiritueel réveil na. In de tegencultuur werd God niet alleen ingewisseld voor Marx en Marcuse, maar ook voor diverse oosterse goeroes.

In dit opzicht vertoonde de tegencultuur van de jaren zestig een zekere verwantschap met het personalistische ideeëngoed van de jaren vijftig. Beide

---

[2530] Krul 1998, 270; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 98; vergelijk Righart 1995; Kennedy 1995; Schuyt en Taverne 2000.

[2531] Tonkens 1999; Duyvendak 1999; Schnabel 1983; Schnabel 1999.

relativeerden het belang van economische groei en het vertrouwen in de techniek. Beide toonden zich afkerig van commercie en massaconsumptie. In de preoccupatie met immateriële waarden, persoonlijke authenticiteit en spiritualiteit kwam een zekere continuïteit tot uitdrukking. De meegaande houding die veel Nederlandse gezagsdragers en de oudere generatie intellectuelen aan de dag legden ten aanzien van de protestgeneratie, was niet louter ingegeven door strategische conflictbeheersing en aanpassing, maar hing ook samen met raakvlakken in hun waardenpatronen. Niet zozeer de inhoud van het protest in de jaren zestig als wel de vorm ervan was nieuw: de apollinische beheersing die de oudere generatie aan de dag legde, maakte plaats voor dionysische uitbundigheid in de vorm van 'ludieke' actievormen, die door de media werden uitvergroot.[2532]

4.2.2. *De psychiatrie onder vuur*

Wat voor de tegenbeweging van de jaren zestig in het algemeen geldt - oudere ideeën die onder gewijzigde maatschappelijke omstandigheden een nieuwe betekenis kregen - gaat ook op voor de zogenaamde antipsychiatrie of kritische psychiatrie, die zich rond 1970 in Nederland begon te manifesteren. De inhoud ervan bouwde deels voort op oudere kritiek op met name de inrichtingen, die voor een groot deel uit de psychiatrie zelf voortkwam[2533], en overlapte voor een ander deel met het ideeëngoed van de protestbeweging en de tegencultuur van de jaren zestig. Het nieuwe van de antipsychiatrie was de daaraan inherente maatschappij- en cultuurkritiek. Gestimuleerd door de media-aandacht voor misstanden in de psychiatrie alsook de publicatie van ervarings- en levensverhalen van (voormalige) psychiatrische patiënten, ontstond er voor het eerst brede publieke belangstelling voor het lot van geesteszieken.[2534] Zij zouden evenals andere achtergestelde groepen slachtoffer zijn van een in menig opzicht onmenselijke en onleefbare maatschappij. Het was zeer de vraag of de psychiatrische aanpak - ziekenhuisopname en medische behandeling - de juiste oplossing bood.

De psychiatrische inrichting en de daarin werkzame dokters belichaamden bij uitstek alles wat zowel de beweging van de jaren zestig als de antipsychiatrie verwierp: paternalisme, hiërarchie, exclusieve deskundigheid, gebrek aan tolerantie voor het afwijkende en blind vertrouwen in wetenschap en technologie. Het streven naar openheid, democratisering, individuele autonomie en vrijheid stond op gespannen voet met deze 'totale institutie', waarin onmondige, van de buitenwereld geïsoleerde patiënten zouden zijn overgeleverd aan een medisch regime dat absolute macht uitoefende, maar hen niet genas - integendeel, hen opzadelde met een hospitalisatiesyndroom.[2535] Weliswaar hadden de inrichtingen in de loop van de jaren vijftig en zestig onder invloed van de introductie van de psychofarmaca alsook socio- en psychotherapieën een nieuw therapeutisch élan aan de dag gelegd, maar van de zo sterk gewenste imagoverbetering in de maatschappij was nauwelijks sprake. Voorheen zag het grote publiek inrichtingen vooral als opberg- en bewaarinstellingen voor potentieel gevaarlijke individuen en achtte

---

[2532] Von der Dunk 1986; Weijers 1997; Weijers 1998; Weijers 2001; Schuyt en Taverne 2000, 130-131, 383; Ellemers 1997; vergelijk Kennedy 1995 en Righart 1995; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 102-103; De Haan 1993, 98-100; De Rooy 2001, 240, 247.
[2533] Zie 3.4.2. De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting.
[2534] Blok 2004, 25-26, 40-45.
[2535] Blok 2004, 38-47.

het de kans op genezing van geesteszieken niet groot.[2536] Door de antipsychiatrie kregen de inrichtingen opnieuw een slechte reputatie, niet zoals vroeger vanwege het *ontbreken* van voldoende geneeskundige expertise en therapeutisch élan, maar nu juist vanwege de *overheersing* van het medische model.[2537]

De term antipsychiatrie was ontleend aan de Britse psychiater D. Cooper, die in zijn boek *Psychiatry and anti-psychiatry* (1967) beschreef hoe hij in de door hem geleide afdeling van een Londens psychiatrisch ziekenhuis brak met medische routines en de zelfwerkzaamheid van patiënten trachtte te bevorderen. De intellectuele basis voor het antipsychiatrische gedachtegoed was echter al eerder gelegd door de Amerikaanse psychiater T. Szasz, de Britse psychiater R.D. Laing, de Amerikaanse socioloog E. Goffman en de Franse filosoof-historicus M. Foucault. In 1961 verschenen vier sleutelwerken: Szasz' *The myth of mental illness*, Goffmans *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Foucaults *Folie et déraison: Histoire de la folie* en Laings *The divided self*. De boeken van Cooper, Szasz en Laing vonden een breed lezerspubliek, zowel binnen als buiten de psychiatrie, en kregen veel aandacht in de media.

Szasz betwijfelde het realiteitsgehalte van geestesziekte als medisch-biologisch verschijnsel. Volgens hem waren psychiatrische diagnosen medische etiketten die ten onrechte op levensproblemen werden geplakt. De psychiatrie functioneerde als sociaal beheersingsinstrument, net zoals de inquisitie tijdens de heksenvervolgingen. Laing beweerde dat waanzin een min of meer natuurlijke reactie was op de vervreemding die optrad als mensen door hun omgeving werden gedwongen tot conformisme en het spelen van sociale rollen die niet overeenkwamen met hun ware zelf. Het doorleven van een psychose zou de weg kunnen banen naar bewustwording en vrijwording. Goffman stelde in zijn studie vast dat de inrichting een 'totale institutie' was, die geen genezing, maar 'hospitalisatie' teweegbracht: de patiëntenrol die geesteszieken kregen opgedrongen, leidde tot een totale afhankelijkheid en apathie. Psychiatrische inrichtingen zouden vergelijkbaar zijn met concentratiekampen. In zijn historische studie over de 'grote opsluiting' die in het zeventiende- en achttiende-eeuwse Frankrijk zou hebben plaatsgevonden, suggereerde Foucault dat de psychiatrie voortbouwde op de maatschappelijke uitsluiting van groepen die niet voldeden aan de eisen van orde, rationaliteit, en productiviteit.[2538]

Andere belangrijke inspiratiebronnen voor de antipsychiatrische beweging waren de etiketteringstheorie van de Amerikaanse socioloog T. Scheff, het marxistische ideeëngoed van het Duitse *Sozialistische Patientenkollektiv*, de democratische psychiatrie van de Italiaanse psychiater F. Basaglia en in Nederland het werk van de psychiater J. Foudraine.[2539] De etiketteringstheorie was een belangrijk onderdeel van de deviantiesociologie waarmee Scheff samen met Goffman naam maakte, en behelsde een sociologische verklaring van afwijkend gedrag. Dit zou niet voortkomen uit intrinsieke

---

[2536] Uit opinie-onderzoeken die in de jaren zestig en zeventig plaatsvonden, kwam naar voren dat de houding van Nederlanders ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen en patiënten over het algemeen gereserveerd was en bleef. Zie Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland 1965; Stilma 1970, 6-8; Van Weerden-Dijkstra 1972; Nijhof en Hosman 1980.

[2537] Stolk en de Visser 1971.

[2538] Tonkens 1999, 60-66; Blok 2004, 18-20.

[2539] Heerma van Voss s.a. [1982], 79-80; Blok 2004, 12-13, 19-21, 192-194; Blok 1998e; Kersting 2005.

eigenschappen van mensen, maar het product zijn van sociale uitsluiting en stereotypering. De afwijzende reactie op als vreemd of hinderlijk ervaren gedrag werkte stigmatisering van de betreffende groepen of individuen in de hand. Herhaalde en systematische afkeuring drong hen in een bepaalde rol en leidde ertoe dat hun niet getolereerde gedrag ging gelden als een teken van afwijking, die met etiketten als gek een herkenbare gedaante kreeg.

Het *Sozialistische Patientenkollektiv*, dat in de jaren 1970-1971 in de psychiatrische universiteitskliniek van Heidelberg actief was, keerde zich tegen 'het kapitalistische systeem' en beschouwde geestesziekte als een vorm van protest tegen de heersende machtsverhoudingen en een bron van revolutionair verzet. *Aus der Krankheit eine Waffe machen*, zo luidde het adagium van dit collectief. Vergelijkingen met het nationaal-socialistische verleden dienden om de verwerpelijkheid van de medische benadering van geestesziekte te onderstrepen. De Duitse antipsychiatrische beweging verwees veelvuldig naar de moord op geesteszieken en zwakzinnigen tijdens het Derde Rijk, waaraan psychiaters en ander personeel in inrichtingen hadden meegewerkt. Vanwege vermeende banden met de Bader-Meinhof-terreurgroep maakte justitie een eind aan het Heidelbergse collectief.

Basaglia nam begin jaren zestig het initiatief tot de ontmanteling van een psychiatrische inrichting in het Noord-Italiaanse stadje Gorizia en de opvang van geesteszieken in de gemeenschap. Zijn ideaal was een minder medische en meer sociale, in de maatschappij geïntegreerde psychiatrie. Ook de Nederlandse psychiater Foudraine, die grote bekendheid verwierf met de bestseller *Wie is van hout… een gang door de psychiatrie* (1971), keerde zich tegen het zogenaamde medische model, waarin geesteszieken niet anders dan als object van diagnose en behandeling konden fungeren, zonder dat er naar hen werd geluisterd. Volgens hem was een inlevende bejegening van en communicatie met patiënten nodig. Aan geestesziekte lagen voornamelijk psychische en sociale oorzaken ten grondslag, zo geloofde Foudraine; vooral gezinsrelaties verdienden aandacht.

De antipsychiatrie bestond dus niet uit een coherent ideeëngoed en een eensgezinde beweging. Globaal zijn er twee tendensen te onderscheiden: kritiek op de psychiatrie van buitenaf en van binnenuit. De eerste behelsde een radicale verwerping van de psychiatrie en alles waarvoor deze stond. De diagnose van onbegrijpelijk of storend gedrag in termen van ziekte was onterecht en er bestond geen noodzaak om deze door medici te laten behandelen. Aangezien geestesziekte een product van maatschappelijke misstanden zou zijn, lag het meer voor de hand om de samenleving te veranderen. Sociale actie en verzetstherapie zouden de psychiatrische hulpverlening moeten vervangen. De tweede tendens kwam grotendeels voort uit de psychiatrie zelf en daarin ging het niet zozeer om afwijzing van de psychiatrie als zodanig, maar om het streven naar een ingrijpende verandering en verbetering ervan: een sociaal-psychologische benadering zou de plaats moeten innemen van het medische model. Dit ging gepaard met een intensivering van de therapeutische inspanningen en hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om psychische stoornissen te genezen. In Nederland lag het zwaartepunt bij de tweede richting, waarvoor de door G.

Blok gebruikte benaming kritische psychiatrie dan ook beter van toepassing is dan de term antipsychiatrie, die beter past bij de eerste tendens. [2540]

De kritische psychiatrie sloot in feite aan bij ontwikkelingen die al eerder binnen de gevestigde psychiatrie op gang waren gekomen. Collega's van Foudraine wezen er dan ook op dat diens aanval op het medische model ongenuanceerd was en zijn doel volledig voorbijschoot. In psychiatrische ziekenhuizen waren immers al lang vernieuwingen doorgevoerd, waardoor de medische psychiatrie gezelschap had gekregen van een scala aan psycho- en sociotherapeutische behandelmethoden. Foudraine's schildering van het door het medische model gedomineerde psychiatrisch ziekenhuis, zo betoogde geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve A. Poslavsky, was dan ook een grove vertekening van de werkelijkheid, waarmee hij inspeelde op de vooroordelen van het grote publiek over de inrichtingspsychiatrie. Juist nu daarin al zoveel was verbeterd, aldus stelde hij mismoedig vast, barstte de kritiek los.[2541]

Ook andere psychiaters die zich al vanaf de jaren vijftig hadden ingezet voor vernieuwing, voelden zich door de kritische beweging miskend. Deze onderscheidde zich van hun hervormingen door het geradicaliseerde en gepolitiseerde karakter ervan. Het vernieuwingsstreven naar verandering kwam nu niet, zoals voorheen, voornamelijk van bovenaf in de ziekenhuishiërarchie, maar grotendeels van onderop en buitenaf. Het ging niet alleen om een verandering van het therapeutisch regime, maar in het kader van een meer omvattende maatschappijkritiek ook om democratisering van de inrichtingsorganisatie en een grotere openheid ten aanzien van de samenleving. Daardoor werden hervormingsgezinde psychiaters links gepasseerd door vertegenwoordigers van de protestgeneratie en van andere disciplines en keerden hun eigen pogingen om de barrières tussen inrichting en samenleving te slechten en de traditionele hiërarchische verhoudingen te doorbreken, zich als een boemerang tegen hen.[2542] Tegen deze achtergrond raakten veel psychiatrische ziekenhuizen in de jaren zeventig verscheurd door spanningen, conflicten en affaires, die een dankbaar onderwerp voor de media vormden. Mede door de publieke aandacht werden onenigheden en botsingen niet zelden uitvergroot en versimpeld tot de tegenstelling tussen het medische en het sociale model, tussen autoritair versus democratisch en tussen oud en jong.

De kritische beweging droeg er in hoge mate toe bij dat het psychiatrisch ziekenhuis veel meer publieke aandacht kreeg dan voorheen. Kritische hulpverleners, actiegroepen en (ex-)patiënten stelden wat zij als misstanden zagen aan de kaak en daarbij konden zij vaak op grote en welwillende belangstelling van de massamedia en politici rekenen. Zo besteedde Avro’s *Televizier* uitgebreid aandacht aan Aktiegroep Willem toen die zich in 1970 met 1.200 boze leerling-verpleegkundigen in de Meerpaal te Dronten manifesteerde.[2543] 'Zodra we iets te melden hadden, was een telefoontje voldoende om dat op de radio te kunnen doen', aldus F. Schrameijer, een van de oprichters van het kritische blad *De Gekkenkrant*. De tegenbeweging had een groot deel van de media, de publieke opinie en de linkse politieke partijen (PvdA, PPR, PSP en CPN) mee. [2544] Vooral universiteitssteden kenden een bloeiende protest- en actiecultuur,

---

[2540] Blok 2004, 11-16. De psycholoog D. Ingleby introduceerde deze term in 1980. Ingleby 1980.
[2541] Poslavsky 1972; vergelijk Idenburg 1995.
[2542] Dankers en Van der Linden 1996, 103.
[2543] Zie 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?
[2544] Schrameijer 2005a, 83-84.

waarin het antipsychiatrische gedachtegoed de nodige aanhang verwierf. Kritische hulpverleners en studenten organiseerden zich in actiegroepen en solidariteitscomités en sommige (ex-)patiënten en familieleden van hen sloten zich daarbij aan.

In 1970 besloot een aantal ouders wier kinderen op een MOB in behandeling waren, om zich te verenigen in een pressiegroep, de Initiatiefgroep Geestelijke Volksgezondheid. De aanleiding was het jarenlang voortslepende conflict tussen enerzijds het bestuur van het Leidse MOB en de hoogleraren in de psychiatrie en pediatrie, Bastiaans en Veeneklaas, en anderzijds de kinderanalyticus Teuns, die als medisch directeur van het MOB de staf en de ouders inspraak had gegeven in de behandeling van kinderen. Wat begon als een competentiestrijd tussen artsen, groeide onder invloed van de door Teuns geïnitieerde publiciteit en de bemoeienis van geëngageerde studenten en bezorgde ouders uit tot een conflict waarin het verzet tegen het medisch gezag en de ondemocratische verhoudingen in de hulpverlening op de voorgrond kwamen te staan. Op het congres *Te gek om los te lopen*, dat de NFGV in hetzelfde jaar organiseerde, riep de Initiatiefgroep ouders en cliënten op om zich gezamenlijk in te zetten voor meer medezeggenschap in en een verbetering van de geestelijke gezondheidszorg. Dit initiatief leidde een jaar later tot de oprichting van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg.[2545]

Persoonlijke getuigenissen van (voormalige) psychiatrische patiënten en hun familieleden over de misstanden in de psychiatrie vormden een belangrijke inspiratiebron en stimulans voor het ontstaan van de kritische patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg. E. Tellegens *Waar was de dood nog meer...? Autografie van een psychose* (1971), een op dagboeken gebaseerd verslag van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, C. van Eijk-Osterholts *Laat ze het maar voelen...Vijfentwintig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde* (1972) over de lijdensweg van haar geesteszieke tweelingzuster, en E. Paulls *In het land der blinden: Een martelgang door de psychiatrie* (1973) over haar slechte ervaringen met de psychiatrie, vormden het begin van een stroom van kritische egodocumenten, die veel lezers en media-aandacht trokken.[2546] Daarnaast vormden geestesziekte en psychiatrie het hoofdthema van tal van romans en korte verhalen van bekende Nederlandse schrijvers, die zich grotendeels door hun eigen ervaringen lieten inspireren, zoals J. Hanlo in *Zonder geluk valt niemand van het dak* (1972), J. Arends in *Keefman* (1972) en *Ik had een strohoed en een wandelstok* (1974), S. Vestdijk in *De persconferentie* (1973), J.M.A. Biesheuvel in *In de Bovenkooi* (1972) en *Slechte mensen* (1973), G. Kuyers in *Hoe Mieke Mom haar maffe moeder vindt* (1978) en E. de Jong in *De begoocheling* (1983).

De antipsychiatrische kritiek klonk duidelijk in sommige autobiografische verslagen door. De auteurs klaagden vooral over gebrek aan respect voor hun individuele eigenheid en aan begrip voor hun belevingswereld. In psychiatrische ziekenhuizen zou te weinig naar patiënten geluisterd en met hen gepraat worden. De status van patiënt betekende rechteloosheid en onmondigheid. Ze hekelden het vaak autoritaire en dwingende optreden van behandelaars en het tekort aan middelen en personeel, waardoor de zorg te wensen overliet. Maar niet alleen het ziekenhuis moest het ontgelden, ook de

[2545] Vijselaar 1995b, 108-120.

[2546] Voor een inventarisatie van psychiatrische egodocumenten Koenraadt en Schrijver 1983 en Stichting Pandora Egodocumenten Database, de website van Pandora: http://cgi.stichtingpandora.nl. Zie ook 3.4.7. Patiënten in de psychiatrische inrichting.

maatschappij trof blaam. De samenleving wist niet om te gaan met geestesziekte en psychisch lijden. Daardoor vielen psychiatrische patiënten in de samenleving ten prooi aan stigmatisering en sociale uitsluiting. Juist door het gebrek aan acceptatie in de maatschappij was het oordeel over het psychiatrisch ziekenhuis niet uitsluitend negatief. Ondanks de beklemming die veel auteurs tijdens hun opname hadden ervaren, bood het ook een veilige omgeving, waarin zij tot zichzelf en soms tot herstel konden komen.[2547]

Naar aanleiding van Van Eijk-Osterholts boek, waarin Teuns in een nawoord inrichtingen evenwel vergeleek met gevangenissen en concentratiekampen, wijdde het televisieprogramma *Een groot Uur U* in 1973 een aflevering aan het leven in psychiatrische ziekenhuizen. Daarop werd de in de uitzending genoemde Cliëntenbond in de Welzijnszorg overstelpt met reacties van met name (ex-)patiënten. De vereniging, vanaf 1974 Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg geheten, verschoof haar aandachtsveld van de ambulante naar de intramurale geestelijke gezondheidszorg en groeide uit tot een kritische belangenorganisatie en actiegroep van (ex-)psychiatrische patiënten. Vanaf 1974 stond het lidmaatschap alleen open voor (voormalig) opgenomen psychiatrische patiënten en werden hulpverleners en andere belangenbehartigers uitgesloten; onder patiënten bestond de vrees dat zij hen zouden overvleugelen. Aan het eind van de jaren zeventig telde de Cliëntenbond meer dan 1.200 leden. Zijn streven was gericht op doorbreking van het maatschappelijk isolement en de stigmatisering van geesteszieken, de verbetering van de psychiatrische zorg en de verwerving van medezeggenschap in psychiatrische ziekenhuizen. De bond gaf een eigen blad uit, organiseerde werkgroepen om de belangenbehartiging van patiënten handen en voeten te geven en belegde inloopavonden om hen met raad en daad bij te staan.[2548] Begin jaren tachtig kwamen met steun van de Cliëntenbond alternatieve hulpverleningsvormen, zoals weg- en inloophuizen en klachtenbureaus en -lijnen, tot stand voor patiënten die ontevreden waren over de reguliere geestelijke gezondheidszorg of daaruit verwijderd waren; het aantal zogenoemde 'strafontslagen' vanwege onhandelbaar gedrag uit psychiatrische ziekenhuizen vertoonde een stijgende lijn.[2549]

De patiëntenbeweging, die vooral werd gedragen door relatief hoog opgeleide en mondige (ex-)patiënten, kreeg steun van kritische hulpverleners en andere aanhangers van de antipsychiatrie.[2550] Enkelen van hen, M. Groen, G. Mak en Schrameijer, namen in 1973 het initiatief tot de oprichting van *De Gekkenkrant*, bedoeld om misstanden in de psychiatrie aan de kaak te stellen, de mondigheid van psychiatrische patiënten en hun recht op een goede behandeling te bevorderen en een subcultuur van zelfbewuste en maatschappijkritische 'gekken' in het leven te roepen. De oplage van *De Gekkenkrant*, die veel bijdragen van patiënten bevatte, steeg tussen 1973 en 1977 van 2.000 naar 7.000, waarvan ongeveer 3.000 in psychiatrische ziekenhuizen werden verspreid. De pogingen van sommige directies om de verspreiding van het blad te voorkomen en te verbieden leverden de nodige publiciteit op en vergrootten de populariteit van *De Gekkenkrant* alleen maar. Niet alle patiënten waren even enthousiast over de krant: sommigen stoorden

---

[2547] Parabirsing 2003.
[2548] Heerma van Voss 1978, 419; Heerma van Voss s.a. [1982], 84-85.
[2549] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 30; Kersbergen 1992, 206; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 77.
[2550] Dercksen en Van 't Hof 1996, 37; vergelijk Heerma van Voss s.a. [1982], 86.

zich aan de confronterende en provocerende toon en vonden de harde kritiek aan het adres van psychiatrische ziekenhuizen en behandelaars niet altijd even terecht. [2551]

Behalve bij *De Gekkenkrant* kon de patiëntenbeweging aanhaken bij tal van lokale belangen- en actiegroepen, die met spraakmakende demonstraties, discussiebijeenkomsten en culturele festivals hun kritiek op de gevestigde psychiatrie onder de publieke aandacht brachten. De agitatie richtte zich in het bijzonder tegen dwangmaatregelen als separatie en isolering van patiënten, dwangbehandelingen, het gebrek aan medezeggenschap en slechte leefomstandigheden in psychiatrische ziekenhuizen.[2552] Zo pleitte een groep jonge leerlingverplegers en -verpleegsters van de Willem Arntsz Hoeve, de Aktiegroep Willem, begin 1970 voor een betere, meer sociaal-agogisch getinte verpleegopleiding.[2553] In 1973 namen meer dan 800 mensen deel aan het congres *Is de psychiatrische patiënt vogelvrij?* in Breda over de rechteloosheid van patiënten en de dwang waaraan zij in psychiatrische ziekenhuizen werden onderworpen.[2554] Een jaar later wijdde *De Gekkenkrant* een themanummer aan isoleren en separeren. Mede onder invloed van campagnes van Amnesty International tegen het gebruik van de psychiatrie door dictatoriale regimes om tegenstanders monddood te maken, lag de associatie van inrichtingspraktijken met machtsmisbruik en politieke onderdrukking voor de hand.[2555] Naar aanleiding van de Dennendal-affaire, de conflicten rond de afdeling voor verstandelijk gehandicapten van de Willem Arntsz Hoeve, die in 1974 uitliepen op een ontruiming ervan door de politie, werden vergelijkingen met deportaties van joden tijdens de Tweede Wereldoorlog en de militaire dictatuur in Chili zelfs niet geschuwd. De strijd om Dennendal, waarover in paragraaf 4.3.3. meer, geeft aan hoezeer de discussies over de psychiatrie gepolitiseerd konden raken.[2556]

Uit het bonte geheel van kritische organisaties ontstond in 1975 het Kollektief Landelijke Acties in de Psychiatrie. Een jaar daarvoor had de eerste landelijke actiedag van de psychiatrie plaatsgevonden, die in 1976 uitgroeide tot een actieweek. In de actieweek onder het motto 'Te gek om vast te zitten', die in 1976 plaatsvond, stond het wetsontwerp centraal dat de regering in 1971 had ingediend om tot een herziening van de uit 1884 stammende Krankzinnigenwet te komen. De kritische beweging vond dat de vernieuwing niet ver genoeg ging. Nog steeds zou de handhaving van de maatschappelijke orde, vooral door middel van dwangopneming en -behandeling, en niet de rechtspositie van psychiatrische patiënten prioriteit krijgen. Actievoerders deelden stencils uit bij bioscopen die de Amerikaanse film *One flew over the cuckoo's nest* vertoonden, boden een namaakpil van één meter groot aan de Valeriuskliniek in Amsterdam aan, demonstreerden in Den Haag met rammelende sleutelbossen en overhandigden een petitie met handtekeningen aan de Tweede Kamer voor een menswaardige behandeling van psychiatrische patiënten.[2557]

Hoewel de toepassing van de elektroconvulsietherapie (ECT) al in de jaren zestig sterk was afgenomen, vormde deze behandeling een tot de verbeelding sprekend doelwit

---

[2551] Heerma van Voss 1978, 422; Zitman 1978; Heerma van Voss s.a. [1982], 81, 86; Kersbergen 1992, 204; Dercksen en Van 'Hof 1996, 33; Blok 1998c, 208.
[2552] Zie voor een overzicht: Kersbergen 1992.
[2553] Zie over de actie van Aktiegroep Willem: 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?.
[2554] Heerma van Voss s.a. [1982], 81.
[2555] Huiskes en Van der Kroef 2002, 41.
[2556] Tonkens 1999, 178-179.
[2557] Heerma van Voss s.a. [1982], 84.

van protest.[2558] *De Gekkenkrant* lanceerde in 1976 de Nationale Anti Shock Aktie 120 volt en presenteerde een zwarte lijst met instellingen en psychiaters die ECT toepasten. Bij verschillende klinieken vonden protestdemonstraties plaats en in de media discussieerden voor- en tegenstanders over de elektroshockbehandeling. De kritische beweging bracht naar voren dat het curatieve effect ervan niet wetenschappelijk was bewezen, terwijl er wel schadelijke bijwerkingen als geheugenstoornissen, een vermindering van het denkvermogen en emotionele afstomping optraden. Daarom zou een verbod op deze behandeling op zijn plaats zijn. Een motie van Tweede Kamerleden in 1979 om haar te verbieden werd niet aangenomen, maar wel stelde de regering in 1984 op advies van de Gezondheidsraad officiële richtlijnen op die de toepassing ervan aan stringente voorwaarden onderwierp. Alleen als er geen andere uitweg meer openstond, konden artsen er nog gebruik van maken en dan nog alleen met uitdrukkelijke instemming van de patiënt. Op de protesten tegen de elektroshock volgden eind jaren zeventig acties tegen de biologische psychiatrie, waar met name Van Praag een gewild doelwit was, en tegen de toepassing van dwangmaatregelen als isolatie. Veel media-aandacht trokken de felle protesten in 1980 tegen de opening van een nieuwe kliniek van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, waar farmaceutisch onderzoek werd verricht, en de actie *Gek'ooit* drie jaar later tegen het separeren en isoleren van patiënten in Santpoort.[2559] Verder ondersteunde de kritische beweging de Actie Moratorium (1982-1983), die was bedoeld om de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen stop te zetten. Het psychiatrische ziekenhuis riep steeds meer aversie op. Niet alleen de agitatie tegen het gebruik van dwang daarin, ook de voorbeeldwerking van de vergaande plannen tot afbouw van inrichtingen en de zogeheten democratische psychiatrie in Italië bracht een radicalisering van een deel van de tegenbeweging teweeg. Deze zorgde op haar beurt voor toenemende interne verdeeldheid.[2560]

Medio jaren zeventig had de Stichting Pandora zich bij de patiëntenbeweging aangesloten. Pandora was in 1964 opgericht met het doel om een verbetering van het maatschappelijke imago van de psychiatrische inrichting te bewerkstelligen en de vooroordelen over geesteszieken te bestrijden. Het initiatief en de financiële middelen hiervoor kwamen van A.L. van Ameringen, een Amerikaanse zakenman van Nederlandse afkomst.[2561] Van Ameringen was in de Verenigde Staten betrokken geweest bij de beweging voor geestelijke gezondheid en hij wilde de slechte reputatie van psychiatrische inrichtingen en (ex-)psychiatrische patiënten doorbreken. Aansluitend bij de therapeutische vernieuwingen tijdens de jaren vijftig in de inrichtingspsychiatrie trachtte Pandora door middel van publieksvoorlichting wijdverbreide vooroordelen over geesteszieken weg te nemen ten einde hun maatschappelijke rehabilitatie na hun ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis te bevorderen. Zij waren niet ongeneeslijk en gevaarlijk, maar gewone zieken, zo luidde de boodschap van Pandora, en inrichtingen verschilden niet van andere moderne ziekenhuizen. Pandora verspreidde deze boodschap door middel van de verspreiding van affiches, de uitgave van het boekje *Moeilijk in de omgang: leven*

[2558] Zie Vijselaar 2007a, 15-21; over de toepassing van ECT zie 4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme.
[2559] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 50-51; Schrameijer 2005a, 85; Vijselaar 1997d, 228-229.
[2560] Beijers 2001, 72; over de invloed van de Italiaanse ontwikkelingen en de Moratoriumactie zie verder 4.3.1. Nieuwbouw en renovatie.
[2561] Zie over de geschiedenis van Pandora: Van der Kroef 1990.

met zenuwzieken (1970) van de psychiater M. Zeegers en de voorlichtingsfilms *Waarom 'gek', omdat ie anders is?* (1970) en *Kind van de Zon* (1975). Verder organiseerde Pandora vanaf 1968 excursies en vakantiecursussen voor jongeren in inrichtingen en vanaf 1970 voorlichtingsactiviteiten waarin - zorgvuldig geselecteerde - voormalige psychiatrische patiënten participeerden.

Hoewel Pandora de psychiatrie niet ter discussie stelde, maar haar imago juist wilde verbeteren ten einde de kloof tussen de besloten wereld van de inrichtingen en de samenleving te overbruggen, stuitte de stichting aanvankelijk op weerstand en tegenwerking van psychiaters. Zij wekte hun wantrouwen omdat de organisatie buiten hen om tot stand was gekomen en de meeste bestuursleden niet uit de wereld van de geestelijke gezondheidszorg afkomstig waren. De eerste directeur was T. Blase, een voormalige secretaresse, die Pandora onder de aandacht van het grote publiek bracht. Zij bedacht pakkende en enigszins provocerende slogans voor de affiches, zoals de eerste met de tekst 'Waarom gek? … Omdat ie anders is?' (1968) en het spiegelaffiche met de slagzin 'Ooit 'n normaal mens ontmoet? En ..., beviel 't?' (1974). Als onafhankelijke, neutrale organisatie die niet was ingebed in de bestaande professionele en verzuilde netwerken kostte het Pandora enige moeite om erkenning van de gevestigde psychiatrie te verwerven.[2562] Nadat het in 1972 een subsidie kreeg toegekend door de Nationale Ziekenhuisraad, kwam er geleidelijk aan meer steun van psychiatrische ziekenhuizen. Pandora slaagde er echter niet in om de vruchten van een goede relatie met de gevestigde psychiatrie te plukken. Zoals we hebben gezien kwamen de inrichtingen steeds meer onder vuur te liggen van de tegenbeweging en waren er inmiddels nieuwe, kritische belangenorganisaties van psychiatrische patiënten ontstaan. Pandora, die juist erkenning van en samenwerking met de psychiatrie nastreefde, hield zich aanvankelijk afzijdig van de kritische beweging. Niet de gevestigde psychiatrie, maar het verkeerde beeld ervan in de maatschappij zou het probleem vormen.

Onder druk van voormalige psychiatrische patiënten, die betrokken waren bij het voorlichtingswerk, verlegde Pandora na veel discussie en conflicten in het midden van de jaren zeventig haar koers. De belangenbehartiging en de emancipatie van patiënten kwamen centraal te staan. Een voormalige psychiatrische patiënt, H. van der Wilk, volgde Blase in 1977 op als directeur. De bestrijding van vooroordelen omtrent geestesziekte en psychiatrische behandeling bleef een belangrijk doel, maar daarnaast ondersteunde Pandora de patiëntenbeweging en het streven naar veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg.[2563] Samen met de Cliëntenbond, *De Gekkenkrant*, de inmiddels in psychiatrische ziekenhuizen opgerichte patiëntenraden, andere actiegroepen en enkele kritische juristen vormde Pandora in 1974 de Werkgroep Krankzinnigenwet ten einde de rechtspositie van patiënten te versterken. De werkgroep richtte zich met name op de hervorming van de Krankzinnigenwet. Op basis van eigen onderzoek bracht de Werkgroep naar voren dat misstanden in psychiatrische ziekenhuizen geen incidenten waren, maar structureel van aard waren. Zijn rapport *Te gek om vast te zitten* (1977) bevatte het voorstel om opgenomen psychiatrisch patiënten gelijk te stellen aan gewone burgers in de maatschappij en aan hen een aantal fundamentele rechten toe te kennen, zoals het recht om zich binnen het psychiatrisch ziekenhuis vrij te bewegen alsook het

[2562] Van der Kroef 1990, 36-38.
[2563] Van der Kroef 1990, 114.

recht op bezoek, om te telefoneren en te corresponderen. Verder hoorden zij recht te hebben op een adequate behandeling, op informatie daarover en een schriftelijk behandelplan dat regelmatig werd geëvalueerd en bijgesteld. Ook moesten zij de mogelijkheid krijgen om bepaalde behandelingen te weigeren - tenzij zij niet in staat waren uitdrukking te geven aan hun eigen wil - en om te klagen over hun therapie en verpleging. Het moest afgelopen zijn met het veelvuldig gebruik van de separeercel bij gedwongen opnamen en bij wijze van strafmaatregel.[2564]

De kritische beweging raakte in de jaren zeventig verdeeld tussen voorstanders van een radicale dan wel een gematigde koers. Tegenover de opzet om door middel van verzet en confrontatie de bestaande geestelijke gezondheidszorg te ondermijnen stond het streven om via overleg, compromis en geleidelijke verandering de bestaande hulpverlening te hervormen.[2565] De twee richtingen kwamen tot uiting in de diverse activiteiten van de Werkgroep Krankzinnigenwet. Enerzijds bestonden die uit demonstraties en ludieke alsook confronterende acties. Anderzijds ging de Werkgroep in gesprek met de Kamercommissie die zich over de Krankzinnigenwet boog en met de in 1975 door de regering ingestelde Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen onder leiding van de Groningse hoogleraar Van Dijk, waarin overigens ook vertegenwoordigers van de patiëntenbeweging - onder wie C. van Eijk en E. Paull - en twee verpleegsters waren opgenomen.[2566] In 1977 kreeg de patiëntenbeweging gelegenheid haar wensen op hoorzittingen van de Tweede Kamercommissie voor Volksgezondheid en de commissie Van Dijk kenbaar te maken. Op deze manier raakte de Werkgroep Krankzinnigenwet nauw betrokken bij de discussie over patiëntenrechten die op overheidsniveau op gang was gekomen en verwierf zij, mede vanwege haar ervaringsdeskundige inbreng, ook erkenning als gesprekspartner van de overheid en psychiatrische instellingen. De voorstellen die de commissie Van Dijk in haar eindrapport (1980) deed met betrekking tot de rechtspositie van patiënten, het klachtrecht en de procedures rond dwangopname, ademden de geest van de patiëntenbeweging.

Pandora, die een gematigde koers voorstond en op uitnodiging van de overheid regelmatig aan beleidsdiscussies deelnam, droeg ertoe bij dat uiteenlopende visies enigszins op één lijn kwamen, waardoor de diverse groepen hun krachten konden bundelen. Directeur Van der Wilk, vanaf 1979 ook voorzitter van de Cliëntenbond, streefde met enig succes naar een grotere eenheid van de patiëntenbeweging. In 1980 vonden in Utrecht twee congressen plaats waarop diverse groeperingen gezamenlijk het *Manifest patiëntenrecht in de geestelijke gezondheidszorg* met 65 eisen opstelden, dat begin 1981 werd aangeboden aan de voorzitter van de Kamercommissie voor Volksgezondheid. Het manifest bevatte radicale eisen: opheffing van psychiatrische ziekenhuizen, de vervanging van de medische door 'een sociale aanpak', een verbod op dwangmedicatie, elekroshocktherapie, psychochirurgie, sterilisatie en wetenschappelijke experimenten op patiënten, een inperking van de mogelijkheid om dwangmaatregelen toe te passen en het recht op inspraak en zelfbeschikking van patiënten. Tegelijkertijd benadrukte het manifest dat zij recht moesten hebben op adequate hulp en behandeling en onderstreepte het de noodzaak om meer geld voor de geestelijke gezondheidszorg uit te

[2564] Van der Klippe 1997, 48-49, noot 125.
[2565] Van der Kroef 1990, 96, 100, 104.
[2566] Dercksen en Van 't Hof 1996, 36-37.

trekken ten einde de hulpverlening te verbeteren en te democratiseren.[2567] In hetzelfde jaar sloten patiënten- en bewonersraden van psychiatrische ziekenhuizen zich aaneen in de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden, die als gesprekspartner van de overheid en de koepelorganisaties van de psychiatrische ziekenhuizen ging fungeren. Vanaf 1984 kreeg de Stichting subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om een landelijk bureau met enkele betaalde krachten op te zetten.[2568]

Terwijl de *Gekkenkrant* zichzelf in 1981 ophief vanwege het uitblijven van een breed gedeeld antipsychiatrisch verzetsélan onder patiënten en uit angst voor inkapseling in de gevestigde psychiatrie, gingen Pandora, de Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden op basis van een meer gematigde koers samenwerken en voerden zij regelmatig overleg met het Ministerie en de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[2569] De toenadering tussen de overheid en de patiëntenbeweging lag in zekere zin voor de hand, omdat zij deels dezelfde doelen nastreefden. De overheid achtte medezeggenschap van patiënten gewenst, niet alleen met het oog op de democratisering van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook om de autonomie van de hulpverleningsinstellingen en de daarin werkzame beroepsgroepen te doorbreken. [2570] In zijn *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974) drong Staatssecretaris van Volksgezondheid J.P.M. Hendriks aan op 'vermaatschappelijking' en 'democratisering' van de gezondheidszorg ten behoeve van 'de individualiteit en gelijkberechtiging van de patiënt' als tegenwicht tegen de opmars van de medische technologie, de schaalvergroting en de bureaucratisering.[2571] Op haar beurt ging het de meerderheid van de patiëntenbeweging uiteindelijk niet om omverwerping van de psychiatrie, maar om belangenbehartiging ter verbetering en humanisering van de hulpverlening. Ondanks alle kritiek bleef het geloof in de mogelijk heilzame werking van de geestelijke gezondheidszorg bestaan.[2572]

In tegenstelling tot de radicale antipsychiatrische geluiden in andere landen was in Nederland slechts in beperkte mate sprake van een roep om het psychiatrisch ziekenhuis af te schaffen. Zelfs het Nederlandse boegbeeld van de antipsychiatrie, Foudraine, bepleitte dat niet, hoe fel zijn afwijzing van het medische model ook mocht zijn. Klinische behandeling bleef volgens hem onmisbaar voor ernstig geestelijk ontwrichte mensen, omdat zij de bescherming nodig hadden van een besloten en rustgevende omgeving, waardoor zij afstand konden nemen van hun dagelijkse, vaak verwarrende leefwereld. 'Er zijn voor psychotisch-gedecompenseerden […] zeer *belangrijke voordelen* aan de opneming en het meer of minder langdurig verblijf in een instituut verbonden', aldus Foudraine.

[2567] Patiëntencongres 1981.

[2568] Over de patiënten- en bewonersraden in psychiatrische ziekenhuizen zie verder 4.4.2. De rechten van de patiënt.

[2569] Zitman 1978; Schrameijer 2005a; Kersbergen 1992, 204. De Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden sloten zich aan bij het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, vanaf 1992 Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. Deze organisatie kreeg zitting in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en in de Ziekenfondsraad. Dercksen en Van 't Hof 1996.

[2570] Kersbergen 1992, 202, 210.

[2571] Hendriks 1974, 21-22.

[2572] Heerma van Voss 1978, 422; Heerma van Voss s.a. [1982], 77-78, 80-81, 87; Blok 2004, 29-32, 52; vergelijk Kersbergen 1992.

> Maar al te vaak heeft men, naast psychofarmaca, een goede isoleerkamer nodig en personeel dat in staat is krachtig, helder […] en als het even kan psychotherapeutisch of op z'n minst met grote empathie deze veiligheid en bescherming tijdens de acuut psychotische toestand te bieden. Er wordt goed werk verricht in de zin van het voorkómen van inrichtingsopneming. Maar wij moeten met beide benen op de grond blijven staan.[2573]

Ook andere kritische psychiaters meenden dat het beter was om het psychiatrisch ziekenhuis van binnenuit grondig op de schop te nemen dan het te ontmantelen. P. Bierenbroodspot, een vurig pleitbezorger van de invoering van de therapeutische gemeenschap in en een vergaande democratisering van de inrichtingspsychiatrie, stelde vast dat dergelijke vernieuwingen weliswaar met veel 'gedonder' gepaard gingen, omdat ze de fundamenten van de traditionele ziekenhuisorde aantastten. Dat nam volgens hem evenwel niet weg dat de kliniek een zinvolle functie kon vervullen. Een diepgaande socio- en psychotherapeutische behandeling vereiste een tijdelijke sociale afzondering van de patiënt. Een zekere onthechting van de maatschappij was nodig om in alle rust de eigen emotionele problematiek samen met lotgenoten te verwerken.[2574] Maatschappijkritiek vervulde geen belangrijke rol in Bierenbroodspots visie op therapie: daarin ging het vooral om verandering van het individu ter verbetering van het sociale functioneren.[2575]

Van het streven naar maatschappijverandering en volledige afschaffing van de psychiatrie door middel van verzetstherapie en sociale actie kwam in Nederland weinig terecht. Weliswaar waren in *De Gekkenkrant*, tijdens demonstraties, acties, congressen en manifestaties radicale geluiden te horen en trokken deze veel publicitaire aandacht, maar van een concrete uitwerking was nauwelijks sprake. Pogingen daartoe kwamen van marxistisch geïnspireerde splintergroepen als het Solidariteitscomité *Sozialistische Patientenkollektiv*, de Utrechtse Werkgroep Arts en Maatschappij en de Amsterdamse Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders, waarbij kritische artsen waren aangesloten, alsook het radicale Patiëntenfront, dat alle hulpverlening als in wezen onderdrukkend afwees. De patiëntencollectieven die in 1972 en 1973 in Rotterdam en Utrecht naar het Heidelbergse voorbeeld van de grond kwamen, stonden verzetstherapie voor, maar al gauw raakten de aanhangers verdeeld over de vraag of hulpverlening of politieke actie op de eerste plaats moest komen. Nieuwe alternatieve ambulante hulpverleningsinstellingen voor met name jongeren, zoals Release, het Jongeren Advies Centrum en de Sosjale Joenit, die rond 1970 in Amsterdam en Den Haag en daarna in andere steden tot stand kwamen, voerden politieke doelstellingen in hun vaandel, zoals solidariteit met de hulpvragers en de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van hun problemen door middel van politieke actie.[2576] Het bleek echter moeilijk om deze bevlogen idealen in de praktijk te brengen en al gauw voegden deze voorzieningen zich grotendeels naar het bestaande hulpverleningsaanbod, waarbij zij zich voornamelijk onderscheidden met liberale opvattingen over seksualiteit, abortus en drugsgebruik.

[2573] Foudraine 1976, 401, 406.
[2574] Bierenbroodspot 1971; Bierenbroodspot 1973; Bierenbroodspot 1974, 92-95.
[2575] Bierenbroodspot 1974, 88.
[2576] Tonkens 1999, 66-71.

Kritische werkers in de geestelijke gezondheidszorg, van wie een groeiend aantal geen medische, maar een psychologische, sociologische of verpleegkundige opleiding had genoten, omhelsden het gedachtegoed van de tegenbeweging grotendeels. Daardoor had de antipsychiatrie in Nederland een minder polariserende uitwerking dan in andere landen. Foudraine's *Wie is van hout* (1971), waarin hij het ongenoegen over de gevestigde psychiatrie voor een breed publiek verwoordde, vond niet alleen buiten, maar vooral ook binnen de geestelijke gezondheidszorg weerklank.[2577] In Nederland manifesteerde de invloed van de kritische psychiatrie zich vooral in veranderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In psychiatrische ziekenhuizen werden de bestaande hiërarchische gezagsverhoudingen doorbroken, kwam er meer aandacht voor de belevingswereld van patiënten en won het sociaalpsychologisch getinte therapeutisch élan terrein. Hierin werkte het ideaal van spontane zelfontplooiing duidelijk door: psycho- en sociotherapeutische behandelingen waren gericht op de ontdekking en bevrijding van het ware zelf alsook de bevordering van de individuele autonomie.[2578] De kritische psychiatrie in Nederland richtte haar peilen niet zozeer op de geestelijke gezondheidszorg als zodanig als wel op het overwegend medische karakter van de psychiatrie en de vermeende ondemocratische verhoudingen in met name het psychiatrisch ziekenhuis. Het ging om een betere psychiatrie, dat wil zeggen een gedemedicaliseerde en emancipatorische psychiatrie. Behalve het psycho- en sociotherapeutische behandelklimaat en een andere verpleegstijl in ziekenhuizen kwam de overwegend sociaalpsychologisch georiënteerde ambulante geestelijke gezondheidszorg daaraan tegemoet. De antipsychiatrische en de psychohygiënische beweging konden elkaar vinden in een gedeelde afkeer van de medische intramurale psychiatrie, die met haar individualiserende en organische ziektemodel de sociale invloeden op psychische stoornissen ten onrechte buiten beschouwing zou laten.[2579]

4.2.3. *Het overheidsbeleid*

Via de kritische psychiatrie werkten maatschappelijke veranderingen door in de geestelijke gezondheidszorg. In toenemende mate kreeg deze in deze periode te maken met nog een andere beïnvloeding van buitenaf: de bemoeienis van de rijksoverheid. De groeiende maatschappelijke aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg vanaf omstreeks 1970 was in eerste instantie weliswaar op misstanden gericht en kritisch ten aanzien van met name de inrichtingspsychiatrie, maar tegelijkertijd kregen politiek en overheid meer oog voor deze nog altijd vrij marginale sector in de gezondheidszorg en kwam er meer geld voor beschikbaar. Al sinds de negentiende eeuw had de rijksoverheid onder meer vanwege de juridische aspecten - de afweging van dwang en drang versus de bescherming van individuele vrijheidsrechten - bemoeienis met de krankzinnigenzorg in de vorm van wetgeving en overheidstoezicht. De financiering van de inrichtingsverpleging op basis van de armenzorg viel grotendeels onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en provincies. De tussenkomst van de overheid in de ambulante sector beperkte zich voornamelijk tot toezicht en (aanvullende) subsidiëring, waarbij de kwaliteitsvoorwaarden die zij stelde, nauw aansloten bij de richtlijnen zoals die door het veld zelf - na de oorlog vooral de NFGV - waren

[2577] Van 't Hof 1996, 14; Blok 1998e; Blok 2004.
[2578] Zie hierover verder 4.4.5. Socio- en psychotherapeutisch optimisme.
[2579] Hierover meer in 4.5. Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie.

ontwikkeld. Hoewel rijk, provincies en gemeenten dus al veel langer betrokken waren bij de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg, was er tot de jaren zeventig nauwelijks sprake van directe overheidsbemoeienis met de organisatie, inhoud en uitvoering van de hulpverlening. Dat veranderde als gevolg van de invoering of uitbreiding van sociale wetgeving, waardoor de (geestelijke) gezondheidszorg vanaf het eind van de jaren zestig een sterke groei doormaakte en ingebed raakte in de verzorgingsstaat. In 1971 kreeg het beleidsterrein Volksgezondheid, dat tot dan toe was ondergebracht bij het Ministerie van Sociale Zaken, tezamen met Milieuhygiëne een eigen ministerie.[2580] De toenemende beleidsintensiteit van dit ministerie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kwam tot uiting in een lawine van nota's, brieven, rapporten en adviezen die in de jaren zeventig en tachtig verschenen.[2581]

De jaren zestig en zeventig gaven een sterke stijging van de collectieve overheidsuitgaven te zien - in 1950 nog geen 30 procent en in 1970 bijna 45 procent van het bruto nationaal product - waarvan een steeds groter deel ten goede kwam aan sociale zekerheid, onderwijs, gezondheidszorg, volkshuisvesting en maatschappelijk werk. Vooral de bestedingen ten behoeve van de sociale zekerheid namen snel toe: terwijl in 1950 nog 10 procent van het bruto nationaal product hieraan opging, bedroeg het percentage in 1970 al bijna 20 en steeg het in de jaren zeventig tot omstreeks 30.[2582] Vanaf de jaren zestig kreeg de gedachte dat de overheid verantwoordelijk was voor het welbevinden van haar burgers steeds meer aanhang, waarbij de ambities van de twee grootste politieke partijen, de KVP en de PvdA, nauwelijks voor elkaar onderdeden. Het beleid van het centrumlinkse kabinet onder leiding van J. den Uyl (1973-1977) was niet zozeer een breuk als wel een zekere radicalisering van de koers die al in de jaren zestig door confessioneel-liberale kabinetten was ingezet. De invoering van sociale wetgeving kreeg brede steun en verwierf voor zowel confessionelen als sociaal-democraten moreel aanzien als uitdrukking van 'menselijke solidariteit'.[2583] Een en ander leidde ertoe dat zorginstellingen gingen delen in de welvaart en zich konden uitbreiden.

Met de Algemene Bijstandswet, die in 1965 de Armenwet verving, verplichtte de overheid zich om mensen die dat nodig hadden zodanig bij te staan dat zij in hun onderhoud konden voorzien. De Minister voor Maatschappelijk Werk, M. Klompé, verklaarde in de Tweede Kamer dat de wet een eind maakte aan de schamelheid en vernedering van de armenzorg, zodat de uitkeringsgerechtigde niet langer 'in een atmosfeer zou worden geplaatst, die in strijd zou zijn met zijn vrijheid en met de waardigheid van zijn menselijke persoon.'[2584] Financiële bijstand, voortaan een recht in plaats van louter een gunst, was hiermee definitief losgemaakt van de (morele) bemoeienis van de kerkelijke en particuliere armenzorg. In 1974 koppelde de regering de hoogte van uitkeringen aan die van lonen, waardoor een toename van de welvaart automatisch ook ten goede kwam aan sociaal zwakkeren. Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet verschoven de lasten van langer durende inrichtingszorg grotendeels van de gemeenten naar het rijk; negentig procent van de kosten kwamen

---

[2580] Van der Grinten 1991; Schnabel 1991a; De Haan en Duyvendak 2002, 209-210.
[2581] Bijker (1994, 25) telt over deze periode zo'n vijftig beleidsdocumenten.
[2582] De Rooy 2001, 235; Pen 2001, 15.
[2583] De Rooy 2001, 236, 264; Van den Berg 2001, 39.
[2584] De Rooy 2001, 264.

voortaan voor rekening van de centrale overheid.[2585] Al vanaf 1950 vergoedde het Ziekenfonds de eerste 42 opnamedagen in een psychiatrische inrichting.[2586] Door een wijziging van het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondswet werd deze periode in 1966 uitgebreid tot een jaar.[2587]

Andere sociale wetten volgden, zoals de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, die in 1967 de oude Ongevallenwet verving vanuit het idee dat ook zieke, invalide en gehandicapte mensen ondanks hun lichamelijke gebreken volwaardig in de maatschappij moesten kunnen participeren. Tien jaar later werd deze wet voor loontrekkers uitgebreid tot alle burgers. Al in 1963 kregen sommige psychiatrische patiënten via een interimwet op de arbeidsongeschiktheid sociale uitkeringen. Een belangrijke mijlpaal was de invoering in 1968 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een deels door premieheffing bekostigde volksverzekering voor gezondheidsrisico's en chronische aandoeningen die niet of onvoldoende door andere ziektekostenverzekeringen waren gedekt. Net als de Ziekenfondswet was de AWBZ een raamwet: de regering stelde bij Algemene Maatregel van Bestuur vast welke voorzieningen voor vergoeding in aanmerking kwamen. Aanvankelijk ging het om verpleeghuizen, inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten en, voor zover opnamen langer dan een jaar duurden, zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen en sanatoria.[2588] Naar aanleiding van de indiening van het wetsontwerp in het parlement werd gewezen op de mogelijk aanzuigende werking van intramurale instellingen, waardoor het gevaar ontstond dat zij ten koste van de extramurale hulpverlening zouden groeien. De psychiater A. Querido, lid van de PvdA-fractie van de Eerste Kamer, vreesde dat de AWBZ de langdurige institutionalisering van geesteszieken zou bevorderen en dat sociaalpsychiatrische zorg werd ontmoedigd. De overweging dat de AWBZ de al bestaande kloof tussen de intra- en extramurale zorg kon vergroten en de laatste in financieel opzicht benadeelde, was voor hem reden om - als enige - tegen het wetsontwerp te stemmen.[2589]

Hoewel de AWBZ soms inderdaad remmend werkte op de uitbouw van extramurale voorzieningen, bleek Querido's vrees dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg structureel zou achterblijven, ongegrond.[2590] Al in 1970 sprak Staatssecretaris R.J.H. Kruisinga van Volksgezondheid zich uit voor de financiering van de ambulante hulpverlening door middel van de AWBZ en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid sloot zich hierbij aan.[2591] In de loop van de jaren zeventig en tachtig kwamen steeds meer ambulante instellingen onder de AWBZ te vallen: de SPD vanaf 1971, het MOB vanaf 1975, het IMP vanaf 1980, het BLGV vanaf 1981 en de poliklinieken, de psychiatrische deeltijdbehandelingen en de behandeling door vrijgevestigde psychiaters vanaf 1989. Ook beschermende woonvormen werden vanaf het midden van de jaren tachtig op deze manier bekostigd. Alleen de deels door het Ministerie van Justitie ondersteunde Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD),

---

[2585] Bakker en Van der Velden 2004a, 61.
[2586] Zie 3.7.2. Voor- en nazorg en sociale psychiatrie; Verduyn 1955, 36.
[2587] Bijker 1994, 52; Bakker en Van der Velden 2004a, 61.
[2588] Bakker en Van der Velden 2004a, 62-63.
[2589] Querido 1968; Querido 1980, 348-352.
[2590] Klijn 2007a, 96-97.
[2591] Kruisinga 1970, 14-15, 17.

zoals de Consultatiebureaus voor Alcoholisme in 1970 gingen heten, bleven buiten deze financiering.[2592] De AWBZ bezegelde de definitieve erkenning van zowel de inrichtingspsychiatrie als de ambulante psychosociale hulpverlening als onderdeel van de gezondheidszorg. Hiermee was de zorg voor geesteszieken en mensen met psychosociale problemen niet langer aangewezen op uiteenlopende financieringsbronnen, zoals losse, jaarlijks toegekende overheidssubsidies, de armenzorg, de bijstand of andere sociale wetten die hiervoor eigenlijk niet waren bedoeld. Er kwam een eenvormige, structurele en vergeleken met andere landen zelfs ruime financiering, waardoor de geestelijke gezondheidszorg kon groeien, deze in principe voor een ieder gelijkelijk bereikbaar en beschikbaar werd en de kwaliteit ervan steeds meer aandacht kreeg.[2593]

Na het restrictieve beleid tijdens de wederopbouwperiode, toen de overheid vanwege de schaarste paal en perk stelde aan de uitbreiding van zorgvoorzieningen, liet zij tijdens de economische hausse in de jaren zestig de teugels vieren. Mede door de toenemende collectieve financiering en het ontbreken van gerichte planning en budgettering van de gezondheidszorg, trad een ongebreidelde groei van ziekenhuisvoorzieningen op en begonnen de kosten van de gezondheidszorg sneller te stijgen dan het bruto nationaal product.[2594] Tussen het midden van de jaren vijftig en begin jaren zeventig stegen deze van ruim 3 naar 6,7 procent van het nationaal inkomen, om vervolgens in het midden van de jaren tachtig uit te komen op bijna 9 procent.[2595] Tussen begin jaren vijftig en medio jaren zeventig verzesvoudigden de reële kosten van de psychiatrische ziekenhuizen en groeiden die van de ambulante voorzieningen met een factor twintig.[2596] De snelle kostenstijging van de gezondheidszorg werd vanaf de jaren zestig voor een groot deel veroorzaakt door de verhoging van de lonen en de verbetering van de arbeidsvoorwaarden voor het personeel en in de katholieke psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder door de vervanging van religieuzen door professionele hulpverleners. De noodzaak om de kosten te beheersen was een belangrijk motief van de regering om een actiever beleid op dit terrein te voeren. Voor de overheid was de collectieve financiering, met name de AWBZ, de hefboom om de omvang en organisatie van het zorgaanbod gericht te beïnvloeden. Daarnaast zette de regering de vergroting van de toegankelijkheid en de inhoudelijke kwaliteit ervan op de beleidsagenda.[2597]

In 1966 legden minister G.M.J. Veldkamp en staatssecretaris A.J.H. Bartels van Sociale Zaken en Volksgezondheid de eerste Volksgezondheidsnota aan de Tweede Kamer voor, die voornamelijk inventariserend van karakter was en nog weinig concrete beleidsvoornemens bevatte. Daarin benadrukten zij de noodzaak van een kwalitatief goede en breed toegankelijke gezondheidszorg, zowel voor lichamelijk als geestelijk zieken. Ook wezen zij op het belang van preventie en ambulante zorg- en revalidatievoorzieningen, met name om de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen te bekorten. Vier jaar later bood Kruisinga de eerste nota over de geestelijke

---

[2592] Romme 1970b; Romme 1978b, 288, 296, Ziekenfondsraad 1980 en Ziekenfondsraad 1981; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 14-20; Mol en Van Lieshout 1989, 30; Vos 1989; Vos en Hutschemaekers 1999, 182; Bakker en Van der Velden 2004a, 66.
[2593] Schnabel 1995, 102; vergelijk Schnabel 1998a.
[2594] Baakman 1987, 346-349; Rose en Steffens 1987, 32-34; Van der Werff 1983, 119-121; Schrijvers et al. 1983, 143.
[2595] Hendriks 1974, 7, 38; Rose en Steffens 1987, 50.
[2596] Bakker en Van der Velden 2004a, 64-65.
[2597] Van der Grinten 1995; Vos en Hutschemaekers 1999; Bakker en Van der Velden 2004a, 62-64; 73-74.

gezondheidszorg aan de Tweede Kamer aan: *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*. Deze was grotendeels gebaseerd op een adviesrapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.[2598] Weer vier jaar later, in 1974, presenteerde Staatssecretaris Hendriks een tweede *Nota geestelijke gezondheidszorg* en de *Structuurnota Gezondheidszorg*. Vooral de laatste was van grote betekenis voor het beleid dat op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werd ingezet.[2599] In de nota's van Kruisinga en Hendriks, die blijk gaven van een groot vertrouwen in gerichte planning, stonden drie doelstellingen centraal: regionalisering, echelonnering en differentiatie. Om een einde te maken aan de historisch gegroeide, onevenwichtige geografische spreiding van zowel intra- als extramurale zorgvoorzieningen, zouden deze op regionale basis georganiseerd moeten worden. Hendriks achtte 'doelbewuste decentralisatie', onderlinge afstemming van de diverse voorzieningen en schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen nodig ter realisering van een gelijkmatig over het land gespreid en samenhangend zorgaanbod.[2600] Nieuwe psychiatrische ziekenhuizen dienden volgens Hendriks niet meer dan 250 tot 300 bedden te tellen.[2601]

Echelonnering, een idee dat al in 1962 door Querido was geïntroduceerd, behelsde een trapsgewijze organisatie van de zorg op basis van de mate van specialisatie, de ernst van de te behandelen aandoeningen of de intensiteit van de behandeling of zorg.[2602] Daarbij kregen huisartsen een belangrijke rol toegewezen. Zij dienden zorg te dragen voor de eerste opvang van patiënten met geestelijke aandoeningen, hen zelf te behandelen of door te verwijzen naar de hogere echelons: de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Overigens was het idee van echelonnering in de nota's niet duidelijk uitgewerkt. Behalve de mate van specialisatie en zorgintensiteit noemde Kruisinga ook de aard van de hulpverlening (intake, observatie, verwijzing, curatieve behandeling, verpleging, revalidatie of resocialisatie), de plaats waar die werd aangeboden (extra-, semi- of intramuraal) en de omvang van de bevolkingsgroep waarvoor een voorziening was bedoeld, als mogelijke criteria voor dit organisatieprincipe. Hendriks relativeerde de betekenis van de echelonnering voor de geestelijke gezondheidszorg enigszins door erop te wijzen dat deze geen eigen eerste echelon, zoals de huisarts in de somatische geneeskunde, kende. Kruisinga en Hendriks rekenden zowel de ambulante voorzieningen als de algemene psychiatrische ziekenhuizen tot het tweede echelon; onder het derde echelon vielen in hun redenering categorale instellingen voor speciale groepen als verslaafden en geestesgestoorde delinquenten.

Differentiatie had vooral betrekking op de organisatie van de intramurale psychiatrie en betekende een voortzetting van de koers die in feite al vanaf de jaren vijftig was ingezet.[2603] Om het aantal opnamen en langdurig verblijvende patiënten in

---

[2598] Kruisinga 1970; vergelijk Bijker 1994, 33-34.
[2599] Bijker 1994, 35-36; Hendriks 1974.
[2600] Hendriks 1974, 10. Per provincie varieerde het beddental van 1,5 per 1.000 inwoners in Overijssel tot 8,5 in Drenthe. Het gemiddelde van geheel Nederland lag op 2,9. Dewez en Giel 1973, 268.
[2601] Hendriks 1974, 52.
[2602] Van Lieshout en Stoelinga 1988, 248.
[2603] Zie 3.3.2. Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging; 3.4.1. De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking; 3.4.2. De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting.

psychiatrische ziekenhuizen te beperken, zouden andere, meer gespecialiseerde instellingen hun taken deels moeten overnemen: Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) voor acute patiënten en mensen met psychosomatische klachten; neuroseklinieken en vrijgevestigde zenuwartsen voor neurotische patiënten; psychiatrische dag- en nachtklinieken voor patiënten die met deeltijdbehandeling toekonden; therapeutische gezinsverpleging en 'tussenvoorzieningen' voor geesteszieken die geen intensieve behandeling, maar wel een beschermend verblijfmilieu nodig hadden; verzorgings- en verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden; instellingen voor geestelijk gehandicapten; jeugdpsychiatrische klinieken, medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven voor heel jonge patiënten.

Kruisinga en Hendriks gaven aan dat de kwaliteit van de inrichtingszorg moest verbeteren en dat daarvoor een uitbreiding van het personeelsbestand nodig was. Kruisinga achtte de bestaande norm van één verplegende op vier patiënten - ongeacht de opleiding van de verpleegkundige of de categorie patiënten - niet langer acceptabel en ook vond hij het onwenselijk dat eerste- en tweedejaars leerlingen als voltijdse werkkrachten werden ingezet. Verpleegsters voor sociaal-psychiatrisch werk zouden niet meer dan 75 gevallen onder hun hoede moeten hebben.[2604] Met name Hendriks bepleitte een grotere openheid van psychiatrische ziekenhuizen ten opzichte van de buitenwereld, meer aandacht voor de sociale rehabilitatie van ernstige geesteszieken en de uitbreiding van voorzieningen tussen ziekenhuis en maatschappij, zoals crisiscentra, dag- en nachtklinieken, sluisinternaten en hostels. Ook drong hij aan op een versterking van de ambulante hulpverlening. De verschillende instellingen en ook de vrijgevestigde psychiaters zouden zich moeten bundelen in Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Dit beleidsvoornemen werd twee jaar later verder uitgewerkt in de *Diskussienota Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg* (1976), ook wel RIAGG-nota genoemd. Tot slot gaven Kruisinga en Hendriks aan dat er meer wetenschappelijk onderzoek geboden was om gericht beleid te kunnen voeren en dat de financiering van de zorg verder gestroomlijnd moest worden, onder meer door middel van de AWBZ, die was ingevoerd ten behoeve van de financiering van langer durende zorg in inrichtingen voor geestelijk gehandicapten, verpleegtehuizen en psychiatrische ziekenhuizen, uit te breiden tot de semi- en extramurale voorzieningen.

Vooral Hendriks' nota, die een blauwdruk bood voor de organisatie en financiering van de gehele gezondheidszorg, gaf aan dat de regering door middel van wetgeving, met name op het gebied van de bekostiging en nieuwbouw, haar greep op de gezondheidszorg wilde verstevigen. De verruimde financieringsmogelijkheden hadden de ongecontroleerde groei van met name intramurale instellingen versterkt en deze dreigde tot een onbeheerste kostenstijging te leiden, temeer daar de AWBZ alle burgers die dat nodig hadden, met ingang van 1968 wettelijk recht gaf op zorg in dergelijke voorzieningen. In 1968 was op basis van de Wet Ziekenhuistarieven (1965) het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, in 1962 opgezet door ziekenhuizen en ziekenfondsen om richtlijnen voor de tariefstelling op te stellen, belast met het toezicht op de prijsbepaling. Ook psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor gehandicapten en verpleeghuizen kwamen onder deze wet te vallen.[2605] De in 1971 aangenomen Wet

---

[2604] Kruisinga 1970, 93, 135 en 138. Onder invloed van de teruglopende economische groei als gevolg van de oliecrisis in 1973, moest Hendriks de verwachtingen die Kruisinga had gewekt, echter temperen.
[2605] Heesters en Noordtzij 2001.

Ziekenhuisvoorzieningen en het krachtens deze wet opgerichte College voor Ziekenhuisvoorzieningen waren bedoeld om de ongebreidelde en ongecoördineerde groei van ziekenhuizen te beteugelen door nieuwbouw te onderwerpen aan een uitgebreid stelsel van regels en vergunningen en het aantal bedden te normeren. Voor nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen was toestemming van overheidswege vereist. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hanteerde strikte normen en richtlijnen voor de nieuw- en verbouw van ziekenhuizen en kon bouwstops en -plafonds opleggen. De oprichting van een nieuw ziekenhuis en ook de verbouwing van een bestaande instelling werden hierdoor ondernemingen met veel haken en ogen.[2606]

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de planning van ziekenhuizen centraal door de rijksoverheid zou plaatsvinden, maar in de loop van de jaren zeventig kwam de regering hierop terug en delegeerde zij deze taak aan de provincies, waarbij het rijk normen opstelde en hun plannen diende goed te keuren. De gewijzigde en in 1979 ingevoerde Wet Ziekenhuisvoorzieningen bezegelde deze decentralisatie. Nederland werd ingedeeld in 25 - later 27 - gezondheidszorgregio's en er werden vijf ziekenhuiscategorieën onderscheiden, waaronder intramurale psychiatrische voorzieningen. De provinciale plannen moesten voldoen aan de door de regering vastgestelde plafonds met betrekking tot de gewenste omvang van het zorgaanbod. De begin jaren tachtig vastgelegde norm voor het psychiatrische beddenbestand bedroeg 1,7 per 1.000 inwoners, waarbij de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen[2607] 1,1 promille voor hun rekening namen en de PAAZ'en, de faciliteiten voor deeltijdbehandeling, de jeugdpsychiatrische instellingen en de verslavingszorg respectievelijk 0,1, 0,2, 0,07 en 0,07 promille kregen toegewezen. De overblijvende 0,16 promille werd gereserveerd voor nieuwe initiatieven op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.[2608] Verder was voorgeschreven dat Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen hun eigen verzorgingsgebieden bedienden. De regionalisering van de intramurale psychiatrie werd in 1985 vastgelegd in het 'Besluit verantwoordelijkheidsgebieden algemene psychiatrische ziekenhuizen'. Deze kregen hiermee de verplichting om patiënten die in een regio woonachtig waren, op te nemen of ervoor te zorgen dat ze elders plaats vonden.[2609]

Tussen 1985 en 1990 kwamen de provinciale ontwerpplannen gereed en werden ze door de regering, al dan niet na bijstelling, gesanctioneerd. Ondanks de toegenomen overheidsbemoeienis was er geen sprake van centrale staatsplanning. Uit de wijze waarop de planning van intramurale psychiatrische voorzieningen in de praktijk ter hand werd genomen, blijkt dat het veld een grote mate aan zeggenschap behield. In de regel overlegden de provinciebesturen met zorginstellingen en delegeerden zij de planning op

---

[2606] Baakman 1987; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 44-45; Mens 2003, 247.

[2607] De aanduiding Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis vond ingang in verband met de formulering van de erkenningsvoorwaarden van de AWBZ-financiering, zoals in het Besluit Normen en Algemene Voorwaarden voor Erkenning van Ziekenhuizen (1977).

[2608] De Wit 1991, 59; Augusteijn 2006, 23. Vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 9; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 16, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Binneveld en Wolf 1985, 199.

[2609] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 36; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97.

hun beurt naar de Provinciale Raden voor Volksgezondheid, waarin de gezondheidszorg sterk vertegenwoordigd was. De regering legde de provinciale plannen ter advisering voor aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarin naast de rijksoverheid en de provinciale en gemeentelijke overheden en de zorgverzekeraars ook de zorgaanbieders zitting hadden. De psychiatrische ziekenhuizen konden dus op verschillende niveaus hun invloed - en hinderkracht - doen gelden.[2610] Volgens de norm van 1,1 promille zou het totale beddenbestand van Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen medio jaren tachtig hoogstens rond de 16.000 mogen tellen, maar op dat moment bedroeg het aantal nog altijd circa 23.000 en waren er volgens de regels dus 7.000 te veel.[2611]

Dat er een kloof bleef bestaan tussen enerzijds de planningsidealen, die vooral in de eerste helft van de jaren zeventig hoogtij vierden, en anderzijds de weerbarstige praktijk, bleek ook uit de *Werdegang* van de in Hendriks' *Structuurnota* aangekondigde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deze wet was bedoeld om het totale aanbod aan gezondheidszorg, inclusief extra- en semimurale voorzieningen, te reguleren en daarbij ook plaats in te ruimen voor inspraak en overleg met alle betrokken partijen. De Tweede Kamer had dit wetsontwerp nog maar net aangenomen of het werd in 1983 al weer vervangen door de nog meer omvattende Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening ten behoeve van integrale planning van de gezondheids- en welzijnszorg. Deze pogingen om de zorg centraal te sturen, liepen vast, onder andere vanwege het verzet van de zorgaanbieders tegen bemoeienis van bovenaf. In de loop van de jaren tachtig verschoof het accent in het overheidsbeleid van centrale sturing naar meer zelfregulering en in 1988 werd de laatste wet ingetrokken.[2612] Een ander uitvloeisel van de *Structuurnota*, de in 1982 ingevoerde Wet Tarieven Gezondheidszorg, bedoeld om het tarief- en honoreringssysteem in de gezondheidszorg inzichtelijker te maken en te beheersen, kwam wel tot uitvoering. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, dat was samengesteld uit afgevaardigden van de (geestelijke) gezondheidszorg, onafhankelijke deskundigen en financiers, maakte in 1982 plaats voor het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, een publiekrechtelijk orgaan dat bestond uit door de koepelorganisaties, ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, werkgevers- en werknemersorganisaties voorgedragen en vervolgens door het ministerie benoemde onafhankelijke leden. Voor de besluitvorming over de tarieven door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg golden door de overheid vastgestelde richtlijnen. Hierdoor nam de directe invloed van het veld af en kreeg de overheid er meer greep op, ook omdat budgetfinanciering werd ingevoerd.[2613]

Niet alleen voor de prijsbepaling, maar voor het gehele overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg gold dat dit tot stand kwam in samenspraak met tal van adviesorganen, toezichthoudende instanties, koepelorganisaties en

---

[2610] Van der Werff 1983; Schrijvers et al. 1983; Baakman 1987; De Wit 1991, 53-90; Hogenstijn 2004, 131-132; Van der Reijden 1984, 82-85.
[2611] Van Lieshout 1985a, 865.
[2612] Van Lieshout en Stoelinga 1992, 619; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 48; Kwekkeboom 2001, 46. Voor de maatschappelijke dienstverlening, waaronder de ouderen- en gehandicaptenzorg kwam te vallen, werd in 1987 de Welzijnswet ingevoerd. Gemeenten kregen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het welzijnsbeleid.
[2613] Heesters en Noordtzij 2001.

beroepsverenigingen.[2614] De overheid liet zich met name leiden door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Nationale Ziekenhuisraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid[2615], de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad. Dit op consensusvorming gerichte stelsel, waarin het maatschappelijk middenveld naar goed Nederlands gebruik sterk vertegenwoordigd was, vertoonde sterk corporatistische trekken en droeg de sporen van het verleden. Toen de overheid zich meer met gezondheidszorg ging bemoeien, kon haar beleid niet anders dan voortbouwen op het bestaande, grotendeels op basis van particulier en verzuild initiatief georganiseerde zorgaanbod. Het welslagen van het herstructureringsstreven was in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld.[2616] De realisering van beleidsvoornemens was doorgaans een langdurig en moeizaam verlopend proces, omdat uiteenlopende belangen op één lijn moesten worden gebracht en de organisaties en instellingen van de geestelijke gezondheidszorg over de nodige hinderkracht en vertragingstactieken beschikten en deze ook gebruikten.[2617] Daarbij konden de psychiatrische ziekenhuizen alleen al vanwege hun grotere omvang beter en langer weerstand bieden aan onwelgevallige staatsinterventie dan de veel kleinere en versplinterde ambulante voorzieningen.[2618]

Mede onder druk van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid[2619] en de verzekeringsorganen, in het bijzonder de Ziekenfondsraad, kwam in de jaren zeventig een ingrijpende reorganisatie van de ambulante sector op gang. Daarbij diende het in de jaren zestig in de Verenigde Staten opgezette extramurale *Community Mental Health Center* als voorbeeld voor de nagestreefde Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). De overheid achtte een herordening en integratie van de verschillende voorzieningen noodzakelijk, niet alleen om een optimale en breed toegankelijke hulpverlening voor de bevolking te garanderen, maar ook om de stijgende kosten te beheersen, dit te meer naarmate de economische crisis vanaf de jaren zeventig grenzen aan de groei stelde. De RIAGG-vorming was mede bedoeld om een verschuiving teweeg te brengen van intramurale zorg naar ambulante hulpverlening. De Geneeskundige Hoofdinspecteurs van de Geestelijke Volksgezondheid in de jaren zeventig, P.A.H. Baan, J. van Londen en H.J.A. Verhagen, drongen voortdurend aan op de bundeling van de ambulante instellingen omdat zij deze wilden versterken als tegenwicht tegen de inrichtingspsychiatrie. Van belang was in dit verband dat de sociaal-psychiater Van Londen, die als voorzitter van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg nauw betrokken was bij de discussies over de reorganisatie van het ambulante werkveld, vanaf 1978 directeur-generaal Volksgezondheid op het ministerie

---

[2614] De Haan en Duyvendak 2002, 209-210.
[2615] In de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bestond tussen 1984 en 1994 een aparte Kamer voor de geestelijke gezondheidszorg waarin alle (koepel)organisaties en patiëntenverenigingen waren vertegenwoordigd en waarin alle beleidsadviezen op dit terrein werden vastgesteld.
[2616] Kwekkeboom 2001, 45-48; vergelijk Rose en Steffens 1987, 13.
[2617] Van der Werff 1983, 129; Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen 1984; Schrijvers et al. 1983, 146-147; Baakman 1987; Van der Reijden 1984, 47; Bijker 1994, 33, 262; Bakker en Van der Velden 2004a, 73-74.
[2618] Rose en Steffens 1987, 128-138.
[2619] Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1973.

was en als zodanig veel invloed uitoefende op het overheidsbeleid.[2620] De realisering van de RIAGG in 1982, acht jaar na de *Structuurnota*, was echter ook te danken aan de medewerking en het voorwerk van de ambulante koepelorganisaties. Ook het veld was doordrongen van de noodzaak om tot een reorganisatie te komen, ook al was niet iedereen het eens over de manier waarop dat moest gebeuren en bestond er op de werkvloer veel weerstand tegen een fusie van de verschillende voorzieningen.[2621]

Mede dankzij de verruiming van de collectieve financiering groeiden de ambulante instellingen vanaf de jaren zestig snel. Aanvankelijk werd vooral vanuit de sector zelf gewezen op het gebrek aan sturing alsook op de noodzaak om tot een reorganisatie te komen. De koepelorganisaties, te weten het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, het Algemeen Centraal Bureau voor Geestelijke Volksgezondheid en het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland ontwikkelden de eerste plannen. Deze koepels fuseerden in 1972 samen met de NFGV en de Humanistische Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1972 in het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NCGV). In hetzelfde jaar verenigden de diverse, deels ook verzuilde landelijke centrales van de verschillende ambulante werksoorten zich in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG).[2622] Terwijl het NCGV zich vooral bezighield met bezinning, beleidsontwikkeling, advisering en sociaal-wetenschappelijk onderzoek, was de NVAGG als werkgevers- en belangenbehartigingsorganisatie gericht op de verdere uitbouw en professionalisering van de ambulante voorzieningen.[2623] Beide organisaties onderschreven vanaf hun oprichting de noodzaak van een eenvormige organisatie en gelijkmatige regionale spreiding van de ambulante hulpverlening. Een herstructurering lag ook voor de hand omdat de christelijke identiteit van de katholieke en protestantse organisaties aan betekenis inboette. De professionele habitus verdrong de levensbeschouwelijke betrokkenheid van hulpverleners. Bovendien diende zich een nieuwe generatie aan, die godsdienst met afhankelijkheid en onmondigheid associeerde en levensbeschouwelijke profilering moeilijk verenigbaar achtte met professionaliteit. Terwijl allerlei alternatieve religieuze stromingen, zoals de Bhagwanbeweging, zich mede vanwege hun therapeutische dimensie in een grote populariteit konden verheugen, verdween met de pastorale medewerkers ook de christelijke bewogenheid in de jaren zeventig grotendeels uit de geestelijke gezondheidszorg. Het idee was dat de moderne psychosociale hulpverlening, in het bijzonder de psychotherapie, de kerkelijke zielzorg

---

[2620] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 58; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 32; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 13; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 84-85; vergelijk Festen et al. 1997, 57; Schrameijer 2005b, 81-82.

[2621] Over de uiteenlopende belangen en weerstanden van de ambulante voorzieningen meer in 4.6.4. Fluwelen en harde psychiatrie.

[2622] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1971. Het ging om de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus, het Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Nederlandse Federatie van BLGV's, het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus, de Nederlandse Vereniging van SPD'en, het Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten, de Federatie van Instellingen voor de Zorg van Alcoholisten, het Centrum Katholieke Alcoholistenbureaus en het Directeurenoverleg van de IMP'en.

[2623] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1977.

overbodig had gemaakt.[2624] Deze ontwikkeling bleef overigens wel een veel besproken onderwerp op studiedagen.[2625]

Naast de al veel langer bestaande intramurale psychiatrie en ambulante hulpverlening kreeg vanaf het eind van de jaren zeventig een derde sector van de geestelijke gezondheidszorg contouren: de semimurale wooninstellingen, die op grotere afstand van psychiatrische ziekenhuizen waren gevestigd dan de al langer bestaande sociowoningen op de ziekenhuisterreinen.[2626] De nieuwe sector kwam voort uit de zogenaamde tussenvoorzieningen: allerlei opvang-, woon- en verblijfgelegenheden die zowel vanuit psychiatrische ziekenhuizen als op basis van losse particuliere initiatieven waren opgezet. Er waren twee soorten te onderscheiden. Ten eerste voorzieningen als sluisinternaten, *halfway homes* en hostels, bedoeld voor uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen patiënten ten einde de overgang naar de maatschappij te overbruggen en hun resocialisatie te bevorderen. Ten tweede sociale pensions, kosthuizen, gezinsvervangende tehuizen, rusthuizen, logementen en dergelijke voor mensen die zich niet zelf konden redden, waaronder naast verstandelijk gehandicapten, bejaarden, verslaafden en ex-gedetineerden ook chronische geesteszieken. Al deze instellingen waren in de loop van de jaren zestig en zeventig her en der op lokale en voornamelijk particuliere basis tot stand gekomen en ze vertoonden veel variatie. Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet en de collectieve uitkeringen van gemeenten aan dergelijke voorzieningen groeide hun aantal. Rond 1980 bestonden ongeveer 115 woon- en verblijfsvoorzieningen met in totaal meer dan 2.100 plaatsen.[2627] In 1978 verenigden de diverse organisaties op dit terrein zich in een koepelorganisatie: de Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen, later omgedoopt tot de Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen. Aangezien de financiering van de tussenvoorzieningen grotendeels plaatsvond op basis van de Algemene Bijstandswet, behoorden ze eigenlijk tot het beleidsterrein van het maatschappelijk werk. Eind jaren zeventig kreeg het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu aandacht voor deze voorzieningen, waarbij de overweging dat ze een alternatief zouden kunnen vormen voor de verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen een belangrijke rol speelde.

Het overheidsbeleid leidde ertoe dat de tussenvoorzieningen in de eerste helft van de jaren tachtig onderdeel werden van de geestelijke gezondheidszorg, waardoor zij veranderden van brede sociale opvanginstellingen in beschermende woonvormen voor chronische patiënten.[2628] In 1979 kwam vanuit de Ministeries van Volksgezondheid en Milieu en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk een Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen tot stand die in 1981 een advies uitbracht. De werkgroep achtte het bevorderen van zelfstandig wonen de hoofdtaak van deze

---

[2624] De Groot 1995a.
[2625] Bauduin 1983; Bauduin 1985; Bauduin 1991.
[2626] Zie over de ontwikkeling van en het beleid ten aanzien van de beschermende woonvormen: Haveman, Brook en Burger 1983; Pries 1985; Van Lieshout 1986; Henkelman en De Ruiter 1991, 60-75; Bijker 1994, 46; De Goei en Van der Hoorn 2006; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 49-51; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 90; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 13, 25, 68; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 84, 86; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 4, 88-91; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6-7, 98-102.
[2627] Haveman, Brook en Burger 1983, 345.
[2628] De Goei en Van der Hoorn 2006, 22-37, 48-49, 53-54, 63-77.

voorzieningen en bracht een onderscheid aan tussen sociaalpsychiatrische hostels voor patiënten die tijdelijke begeleiding nodig hadden en pensions voor chronische geesteszieken die aangewezen waren op permanente ondersteuning. De hostels zouden onder Volksgezondheid en de pensions onder Maatschappelijk Werk moeten vallen en de financiering van beide diende op basis van de AWBZ plaats te vinden. De regering stemde met deze aanbevelingen in en ook de Ziekenfondsraad adviseerde in 1982 tot onderbrenging bij de AWBZ onder voorwaarde dat dit budgetneutraal zou geschieden. Als gevolg van de noodzaak om op de collectieve uitgaven te bezuinigen besloot de nieuwe regering onder leiding van R. Lubbers echter om vooralsnog geen nieuwe voorzieningen onder de AWBZ te brengen. Wel werden de beschermende woonvormen vanaf 1983 - de beleidsterreinen Volksgezondheid en Welzijn waren een jaar eerder samen met dat van Cultuur in één ministerie verenigd - als onderdeel van de welzijnszorg gesubsidieerd op basis van een Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening. In hetzelfde jaar verwierp een werkgroep onder voorzitterschap van de Geneeskundige Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid het onderscheid tussen hostels en pensions. Er dienden Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen te komen die al naar gelang de behoeften van patiënten verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning boden, inclusief dagbesteding. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid formuleerde maatstaven voor deze instellingen: hun capaciteit zou tussen 100 en 200 plaatsen moeten hebben, verdeeld over vier tot zeven locaties met wooneenheden voor maximaal acht patiënten. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid pleitte in 1985 en 1986 voor een afbouw van de verblijfsafdelingen voor chronische geesteszieken in de psychiatrische ziekenhuizen en de onderbrenging van het merendeel van deze patiënten in sociowoningen en beschermende woonvormen.

Al eerder, in 1984, hadden de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* van staatssecretaris J.P. van der Reijden en het *Definitieve regeringsstandpunt over beschermende woonvormen* de onderbrenging ervan in de geestelijke gezondheidszorg bezegeld.[2629] In de *Nieuwe Nota* was te lezen dat ze moesten dienen als alternatief voor verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het doel was om op deze manier in 1986 en 1987 in totaal 500 en daarna jaarlijks 500 bedden te 'substitueren'.[2630] Zo koppelde de regering de geleidelijke uitbreiding van de capaciteit van de beschermende woonvormen aan de inkrimping van psychiatrische ziekenhuizen. In 1985 kwamen de beschermende woonvormen wettelijk onder de ziekenhuisvoorzieningen en daarmee alsnog op basis van een voorlopige regeling onder de AWBZ te vallen. Patiënten kregen er alleen toegang toe op basis van indicatie door een psychiatrisch ziekenhuis of een RIAGG. Vier jaar later volgde de erkenning als aparte sector van de geestelijke gezondheidszorg en de reguliere AWBZ-verstrekking.[2631] De dagactiviteitencentra bleven buiten deze financieringsregelingen en kwamen mede daardoor maar moeilijk van de grond.[2632] Medio jaren tachtig functioneerden ongeveer 120 organisaties voor

[2629] De Goei en Van der Hoorn 2006, 70-71.
[2630] Van der Reijden 1984, 75.
[2631] De Goei en Van der Hoorn 2006, 48-49, 53-54, 63-67; Van Zuthem 1994; Willemsen 2004, 155.
[2632] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 88-89; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6-7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de

beschermende woonvormen met tegen de 3.000 plaatsen, die voor het merendeel een paviljoenachtig en nogal geïsoleerd karakter hadden en werden bezet door alleenstaande en oudere chronische patiënten. De nadruk lag op opvang en niet zozeer op het vergroten van hun zelfstandigheid of maatschappelijke integratie, doelstellingen die in de jaren negentig met de realisering van eengezinswoningen in woonbuurten aan betekenis zouden winnen. De Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht was de eerste organisatie die, in 1986, officiële erkenning van de overheid aanvroeg als Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen.[2633] De overheid en ook de kritische beweging hechtten groot belang aan deze voorzieningen als alternatief voor een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, maar de uitbreiding ervan verliep vrij traag.[2634] Deze was immers afhankelijk van de reductie van bedden en psychiatrische ziekenhuizen hadden er geen enkel belang bij om daaraan mee te werken. De bedden die voor substitutie in aanmerking kwamen, bevonden zich vooral op verblijfsafdelingen die zij relatief goedkoop exploiteerden en die geld opleverden om duurdere behandelafdelingen te bekostigen. Als de ziekenhuizen deze bedden inleverden, sneden zij in eigen vlees.[2635] Wel waren er ziekenhuizen die met het geld dat ze voor de exploitatie van bedden kregen, zelf beschutte of beschermende woonvormen oprichtten, daarvoor eigen personeel inzetten en deze onder eigen beheer hielden.

Toen de RIAGG-vorming haar beslag had gekregen, trachtte de overheid de samenwerking tussen en onderlinge afstemming van de intra-, semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg te stimuleren door middel van de oprichting van Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Hierbij ging het niet om een fusie van bestaande voorzieningen zoals bij de RIAGG. In feite waren de RIGGen niet meer dan tamelijk vrijblijvende regionale overleg- en coördinatieplatforms. Het bleek moeilijk voor de overheid om samenwerking tussen de verschillende instellingen af te dwingen. Het was de bedoeling om de RIGGen uit te rusten met regionaal budget, maar dat is nooit gerealiseerd.[2636] In 1982 werd de Tijdelijke Stimuleringsregeling Regionale Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg van kracht voor de financiering van een coördinator en diens administratieve ondersteuning.[2637] In dat jaar bestonden er 65 samenwerkingsverbanden, waarbij psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en een hoofdrol vervulden, maar die verder een grote mate aan variatie vertoonden.[2638]

In de regel leidden de RIGGen een moeizaam bestaan. Er bestond geen blauwdruk voor de organisatie ervan en de daadwerkelijke samenwerking tussen de

---

Geestelijke Volksgezondheid 1987, 13, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 14; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 59.

[2633] Van Lieshout 1986, 10-11; De Goei en Van der Hoorn 2006, 37-46, 87-97, 103-110. Zie verder 5.4.1. Het hulpverleningsaanbod.

[2634] Staatstoezicht op Volksgezondheid 1982b, 13, 25; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 84, 86; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 90; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 13, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 13-14, 35-37; De Goei en Van der Hoorn 2006, 67-68.

[2635] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 106; Van Zuthem 1994, 4-5; Mens 2003, 255; Bakker en Van der Velden 2004a, 70.

[2636] Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 8.

[2637] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 77-78.

[2638] Van der Reijden 1984, 42-43.

verschillende voorzieningen verliep vaak stroef. Mede vanwege de bezuinigingen die de overheid doorvoerde, overheerste de vrees dat samenwerking terrein- en capaciteitsverlies voor de eigen instelling tot gevolg zou hebben. Vooral psychiatrische ziekenhuizen, waarvan sommige moesten inkrimpen als gevolg van het regionaliseringsbeleid, gaven ongaarne taken over aan RIAGG'en en deze toonden op hun beurt in de beginjaren van hun bestaan weinig bereidheid om patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen in behandeling te nemen. Veel psychiatrische ziekenhuizen organiseerden zelf extramurale zorg in de vorm van poliklinieken en crisisopvangcentra. Hierdoor ontstond er eerder concurrentie dan samenwerking met RIAGG'en en andere ambulante voorzieningen als psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen. Uiteenlopende belangen en oriëntaties, onderlinge wedijver en wantrouwen over en weer stonden een effectieve samenwerking tussen de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vaak in de weg. De RIGGen bleven zwakke organisaties die de deelnemende instellingen tot weinig verplichtten. De Inspectie signaleerde medio jaren tachtig dat zij vaak niet veel meer waren dan vrijblijvende praatcolleges, die zich vooral bezighielden met organisatorische en procedurele beslommeringen, maar die nauwelijks betekenis hadden voor de hulpverleningspraktijk.[2639]

In 1984 maakte Van der Reijden in zijn *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* de balans op van het tot dan toe gevoerde overheidsbeleid en zette hij nieuwe lijnen uit. Hij constateerde dat het ontbrak aan samenwerking tussen zowel de eerstelijns-hulpverlening (huisartsen, eerstelijns psycholoog en het maatschappelijk werk) en de geestelijke gezondheidszorg als tussen de diverse intra- en extramurale voorzieningen. Een betere afstemming was niet alleen nodig om de hulpverlening effectiever te laten verlopen, maar vooral ook om het aantal psychiatrische opnamen en de duur ervan terug te dringen en de ziekenhuiszorg deels te vervangen door semimurale en ambulante faciliteiten. Naast de substitutie van bedden door beschermende woonvormen zou met name een nauwere samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg handen en voeten moeten geven. Van der Reijden lanceerde het idee voor een nieuwe voorziening waarin deze samenwerking gestalte moest krijgen: de Multifunctionele Eenheid, die bepaalde klinische en sociaalpsychiatrische functies onder één dak bracht. Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen en de noodzaak om op de kosten van de geestelijke gezondheidszorg te besparen was de toon van zijn nota verder optimistisch, vooral door het maakbaarheidsoptimisme waarvan deze blijk gaf. Het totaalbeeld was volgens Van der Reijden 'hoopgevend' en door middel van een gericht overheidsbeleid - hij verwees hierbij naar de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg die 'één planningskader' voor alle voorzieningen bood - kon de geestelijke gezondheidszorg verder verbeterd worden.[2640] Met het streven naar een beter geïntegreerde hulpverlening, de overbrugging van de kloof tussen intra- en extramurale voorzieningen en extramuralisering markeerde de *Nieuwe Nota* een belangrijke koerswijziging in het beleid, maar het planningsidee dat eraan ten

---

[2639] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 88-90; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 31-32; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 81; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 5.

[2640] Van der Reijden 1984, 44, 81.

grondslag lag, kwam in de tweede helft van de jaren tachtig ter discussie te staan. Mede daardoor en door aanhoudende bezuinigingen zouden de voorgenomen vernieuwingen op hindernissen stuiten en trager verlopen dan was voorzien.

4.3. De metamorfose van het psychiatrisch ziekenhuis

4.3.1. *Nieuwbouw en renovatie*

In 1964 telde Nederland 38 psychiatrische inrichtingen ofwel ziekenhuizen.[2641] In de periode 1965-1985 verdwenen er twee instellingen, de inrichting te Medemblik (1967) en de Rijks Psychiatrische Inrichting te Grave (1970), en kwamen er zes nieuwe algemene psychiatrische ziekenhuizen bij. De volgende instellingen werden tussen 1965 en 1985 in gebruik genomen, dat wil zeggen namen in de vermelde jaren de eerste patiënten op: St. Franciscushof te Raalte in 1965, Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht in 1972, Psychiatrisch Centrum De Welterhof te Heerlen in 1974, Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Goes in 1981, Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier te Tilburg eveneens in 1981 en Twents Psychiatrisch Ziekenhuis Helmerzijde te Enschede in 1984.[2642] De plannen voor en de officiële oprichting en soms ook erkenning van deze ziekenhuizen dateerden meestal van jaren eerder, want deze betekenden niet dat daarmee meteen met de bouw ervan kon worden begonnen.[2643] Daarvoor was nadere toestemming vereist van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en het Ministerie, die met het oog op de normering van het beddental en de spreiding van de beddencapaciteit het laatste woord hadden over het aantal te financieren bedden van een nieuwe instelling. Soms was de toestemming voor nieuwe bedden afhankelijk van de afbouw van bedden in bestaande instellingen elders en kon de daadwerkelijke ingebruikneming van een nieuw ziekenhuis jaren op zich doen wachten. Aan de andere kant kwam het ook voor dat nieuwe instellingen hun deuren al hadden geopend en patiënten hadden opgenomen voordat de officiële opening een feit was of zelfs voordat de erkenning rond was. Zo plaatste Vijverdal het Ministerie voor een voldongen feit.[2644]

St. Franciscushof, waarvoor de eerste plannen al uit de vroege jaren vijftig dateerden, was het laatste psychiatrische ziekenhuis dat op basis van oude, vertrouwde principes ontstond. Het bevond zich in een rustige omgeving op het platteland. In aansluiting op de verzuiling was het ziekenhuis bedoeld voor katholieke vrouwen in de noordelijke en oostelijke provincies. Het vormde een min of meer in zichzelf besloten, alomvattende en dorpsachtige leefgemeenschap, waar patiënten niet alleen werden verpleegd en behandeld, maar waar zij ook woonden, werkten en hun vrije tijd doorbrachten. Ten tijde van de officiële opening van het ziekenhuis in 1967 was met

---

[2641] Vergelijk 3.3.1. Puinruimen, wederopbouw en uitbouw. In 1963 werden van de 38 instellingen 13 als ziekenhuis, 2 als kliniek, 2 als gesticht en de rest als inrichting aangeduid. Zie Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 17-18. In 1977 kwam de term inrichting nog maar bij 3 van de 41 instellingen voor. De nog oudere benaming 'gasthuis' was nog bij 2 instellingen in gebruik. De meeste werden als 'ziekenhuis' en 'kliniek' (16) of als 'centrum' (13) aangeduid. Zie College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979, inhoudsopgave.

[2642] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakt in haar jaarverslag over 1982 naast 43 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen melding van 28 categorale psychiatrische ziekenhuizen, dat wil zeggen neuroseklinieken, instellingen voor verslavingszorg en forensisch-psychiatrische inrichtingen, en 26 kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 107; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 67; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 107; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 95.

[2643] Wolf 1995, 5; De Boer 2004, 81.

[2644] Klijn 2005; Klijn 2007a, hoofdstukken 1 en 2.

name het uitgangspunt van de verzuilde en naar sekse gescheiden zorg eigenlijk al achterhaald. Reeds in 1969 maakten de eerste mannelijke patiënten hun opwachting en niet lang daarna volgden niet-katholieke patiënten. In feite ging St. Franciscushof al gauw een regionale functie voor de steden Zwolle en Almelo en het tussenliggende gebied vervullen. Het aantal bedden nam tussen 1965 en 1980 toe van rond 200 tot ruim 400.[2645] Mannen en vrouwen werden vanaf 1977 tezamen verpleegd; de rol van religieuzen in de verpleging was toen al uitgespeeld. De architectuur van St. Franciscushof weerspiegelde wél de veranderde visie op psychiatrische zorg. Kleinschaligheid en openheid - muren en hekken om het terrein van de buitenwereld af te schermen ontbraken - gaven de toon aan en het idee was dat het ziekenhuis in de eerste plaats een geneeskundige instelling moest zijn waarin patiënten relatief kort verbleven.[2646]

De andere psychiatrische ziekenhuizen die in deze periode tot stand kwamen, braken met de vanaf het eind van de negentiende eeuw gegroeide traditie om zich op het platteland te vestigen en, vooral voor zover het om confessionele instellingen ging, om patiënten uit diverse landsdelen op te nemen. Alle bevonden zich in of aan de rand van grote of middelgrote steden en vervulden uitdrukkelijk een regionale functie, waarbij zij behalve intramurale zorg ook poliklinische hulpverlening, deeltijdbehandelingen in dag- en nachtklinieken en crisisinterventie boden. Evenals in St. Franciscushof heerste er in deze nieuwe instellingen een curatief ethos. Opmerkelijk was in dit verband dat het nieuwe Maastrichtse Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal, gebouwd om het oude stadsgesticht Calvariënberg te vervangen, voor een deel uit een hoge flat met drie vleugels bestond, waarin de behandelafdelingen waren ondergebracht. Mede geïnspireerd door Amerikaans ideeëngoed omtrent de functionele inrichting van ziekenhuizen, achtten de initiatiefnemers een hotelachtige architectuur op zijn plaats, omdat het de bedoeling was dat patiënten niet te lang in Vijverdal verbleven en zich er niet te zeer 'thuis' gingen voelen. Enigszins op gespannen voet met dit uitgangspunt stond het idee dat een psychiatrisch ziekenhuis als sociale leefgemeenschap moest lijken op de normale woonomgeving: steeds meer mensen woonden immers in flats.[2647] Het aantal bedden van Vijverdal groeide van 200 tot 300.[2648] Naarmate het aantal langdurig opgenomen patiënten toenam - onder andere als gevolg van de overname in 1976 van talrijke chronische patiënten uit Venray in het kader van de regionalisering - bleek dat het gebouw niet aan de verwachtingen voldeed. In de jaren zeventig ontstond behoefte aan kleinschalige en gedeconcentreerde woonfaciliteiten, die meer privacy boden. De massale flat, die het personeel en de patiënten al gauw als vervreemdend ervoeren, bood hiervoor nauwelijks mogelijkheden, waardoor bedden leeg kwamen te staan. In architectonisch opzicht was Vijverdal een mislukking.[2649] *De Gekkenkrant* noemde Vijverdal in 1978 'een tranendal' en de Werkgroep Dag van de Psychiatrie vergeleek het ziekenhuis in zijn *Gekkenhuizen: Gids voor zenuwlijders en zinlozen* (1981) met het nieuwe Huis van Bewaring in Maastricht.[2650] De geneeskundige inspecteur voor de Geestelijke

---

[2645] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; vergelijk Huiskes en Van der Kroef 2002, 20.
[2646] Huiskes en Van der Kroef 2002, 29-30; Mens 2003, 189-193.
[2647] Klijn 2005, 119-120; Klijn 2007a; Mens 2003, 195-197.
[2648] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000.
[2649] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81; Klijn 2005 en Klijn 2007a, hoofdstuk 4.
[2650] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81.

Volksgezondheid stelde in 1992 vast dat de materiële omstandigheden van de Vijverdal-patiënten, vooral de chronische lijders, 'ronduit desolaat' waren.[2651]

Een jaar na de officiële opening van Vijverdal (1973) werd in Zuid-Limburg een tweede psychiatrisch ziekenhuis in gebruik genomen, het Psychiatrisch Centrum De Welterhof te Heerlen. Dit was bedoeld voor patiënten uit de mijnstreek, die voordien overwegend in de Venrayse inrichtingen St. Servatius en St. Anna terechtkwamen. Hoewel de kleinschaligheid van St. Franciscushof als voorbeeld gold, ademde De Welterhof met 350 reguliere bedden en ruim 70 bedden voor deeltijdbehandeling niet de sfeer van een dorp.[2652] De architectuur was evenals die van Vijverdal functionalistisch met aparte gebouwen, deels flats, voor verblijf en behandeling. De Welterhof profileerde zich met een ruim semi- en extramuraal behandelaanbod. Een zesde deel van de bedden was bestemd voor deeltijdbehandeling. Daarnaast beschikte het ziekenhuis over een grote polikliniek, een acute hulppost en een crisisinterventiecentrum. Dergelijke faciliteiten moesten bijdragen aan het terugdringen van het aantal (langdurige) opnamen. Meer in het algemeen voerde De Welterhof vernieuwing hoog in het vaandel en trok deze instelling daardoor veel jonge, progressieve werknemers, vooral sociale en gedragswetenschappers, aan. De multidisciplinaire werkwijze veronderstelde een grote mate van gelijkheid tussen de verschillende beroepsgroepen die bij de behandeling van patiënten waren betrokken, waaronder ook verpleegkundigen die een sociotherapeutische taak kregen toegewezen. De Agogische Dienst verzorgde trainingen voor het (verplegend) personeel om dit te scholen in therapeutische vaardigheden.

Het leefklimaat en het behandelrepertoire in De Welterhof ademden sterk de sfeer van de vrijgevochten jaren zeventig. Zo werden patiënten in kleine leefgroepen ingedeeld op basis van het idee dat intensieve sociale interactie en de daaruit voortvloeiende groepsdynamiek heilzaam werkten. In 1978 kwam de psychiater P. van den Hout, die bekendheid genoot vanwege zijn antipsychiatrische sympathieën, in De Welterhof werken. Volgens hem vormde geestesziekte een symptoom van een levenscrisis, die een leerzame ervaring kon vormen. Patiënten moesten zich bewust worden van hun innerlijke weerstanden en deze doorbreken. Confronterende groepstherapie was het aangewezen middel om patiënten aan hun problemen te laten werken en hun onderdrukte gevoelsleven naar boven te halen. De therapeutische sessies onder leiding van Van den Hout verliepen vaak stormachtig en riepen heftige emoties op bij de deelnemers. Dat was ook de bedoeling: om te genezen was het noodzakelijk dat mensen hun 'maskers' lieten vallen en hun 'ware ik' toonden.[2653]

De Zeeuwse bevolking had nooit beschikt over een eigen psychiatrische inrichting. Zeeuwse geesteszieken kwamen sinds het begin van de twintigste eeuw overwegend in Vrederust bij Bergen op Zoom terecht. Eind jaren zestig ontstonden plannen om een psychiatrisch ziekenhuis in Zeeland op te zetten. Het principe van regionalisering rechtvaardigde dit streven. Er ontstond veel gesteggel met Vrederust, dat bedden moest afstaan, en met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en vrijgevestigde psychiaters in Zeeland, die concurrentie vreesden. Desalniettemin kwam begin jaren tachtig - de eerste patiënten werden in 1981 opgenomen en twee jaar later

---

[2651] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81; Klijn 2005 en Klijn 2007a, 145.
[2652] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Blok s.a.a [1999], 35, 37.
[2653] Blok s.a.a [1999]; Blok s.a.b [1999]; Mens 2003, 227.

volgde de officiële opening - het Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland in Goes met 200 bedden gereed. Het bevond zich aan de rand van de stad, maar de bouw was geënt op het idee van een dorp, met veel kleinschalige laagbouw in het groen. In de loop van de jaren tachtig vond een uitbreiding naar ruim 240 bedden plaats.[2654]

In hetzelfde jaar waarin het nieuwe Zeeuwse ziekenhuis in gebruik werd genomen, liet het Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier in Tilburg na een aanloop vanaf het begin van de jaren zeventig zijn eerste patiënten toe, aanvankelijk in de bestaande bebouwing van het voormalige plaatselijke Elisabeth Ziekenhuis. De nieuwbouw - overwegend kleinschalige laagbouw, hoewel eerder hoogbouw was voorzien - kwam in 1994 gereed. Jan Wier, dat bij de opening plaats bood aan bijna 200 patiënten en eind jaren tachtig ruim 280 bedden telde, nam een deel van de functie van Voorburg te Vught over. Evenals De Welterhof bood de nieuwe Tilburgse instelling naast intramurale ook semimurale, poliklinische en acute zorg. In tegenstelling tot De Welterhof was de deels sociaalpsychiatrische oriëntatie eerder door strategische dan principiële overwegingen ingegeven. De eerste directeur, de psychiater J. van Baar, koos niet voor een medisch of sociaal-psychiatrisch profiel, maar hield beide opties open en benadrukte nu eens de ene, dan weer de andere, afhankelijk van de gesprekspartners die van het bestaansrecht van het nieuwe ziekenhuis moesten worden overtuigd: psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, ambulante voorzieningen, de kritische beweging, die om ideologische redenen tegen het nieuwe ziekenhuis was, en de nabije psychiatrische ziekenhuizen Voorburg en de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven, die beide veel chronische patiënten huisvestten.[2655]

Het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis Helmerzijde in Enschede opende zijn deuren in 1984 en bood toen plaats aan ongeveer 50 patiënten, een aantal dat medio jaren negentig was toegenomen tot ruim 360.[2656] Het streven was om het ziekenhuis het aanzien van een woonwijk te geven en in de stad te integreren. Toen dat laatste niet haalbaar bleek, werd geprobeerd de maatschappij naar binnen te trekken door de bewoners van de aanpalende wijk gebruik te laten maken van voorzieningen op het terrein van het ziekenhuis.[2657]

De bestaande psychiatrische ziekenhuizen, die voor het grootste deel uit het eind van de negentiende eeuw en de eerste decennia van de twintigste eeuw stamden, zetten de al in de jaren vijftig op gang gekomen renovatie en nieuwbouw voort. Dankzij de ruimere financiële middelen ontstonden hiervoor meer mogelijkheden. Nieuwbouw vond meestal vrij willekeurig op de bestaande terreinen, tussen de oudere, vaak monumentale bebouwing plaats. Besturen en ontwerpers hielden doorgaans weinig rekening met de oorspronkelijke architectonische en landschappelijke structuur. Voor allure, traditie en cultureel erfgoed bestond in de jaren zestig en zeventig weinig waardering. De historische gebouwen golden in hoge mate als symbolen van de oude autoritaire en massale psychiatrie en vele vielen ten prooi aan de slopershamer. Het contrast tussen de oude, relatief grote panden en de kleinschalige en gevarieerde nieuwbouw was groot en

---

[2654] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Kool-Blokland s.a. [1999], 191-242; Mens 2003, 304.
[2655] Willemsen 2004, 43-127; Mens 2003, 251, 255.
[2656] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 26; bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000.
[2657] Mens 2003, 261, 263.

weerspiegelde het veranderde denken over psychiatrische zorg. Representatieve, uniforme en massale architectuur zou tot vervreemding en onderdrukking van de individuele persoonlijkheid leiden. Psychiatrische ziekenhuizen dienden een tegenwicht te vormen tegen de harde en anonieme urbane maatschappij. Zij moesten tegemoet komen aan de menselijke maat, aansluiten bij alledaagse woonvormen, geborgenheid bieden, maar ook open zijn ten opzichte van de buitenwereld en sociale contacten bevorderen. Het uit de jaren veertig en vijftig stammende ideaal van de wijk als overzichtelijke dorpsgemeenschap met tal van ontmoetingspunten werkte hier door en kreeg uitdrukking in de gemeenschapscentra, ontmoetingsplekken of sociale ruimtes die in veel psychiatrische ziekenhuizen verrezen. Verblijfsfaciliteiten zouden zoveel mogelijk op de normale woonsituatie moeten lijken.[2658] De Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder ontwikkelde samen met de architect F. van Klingeren plannen om door middel van 'verdunning' het psychiatrisch ziekenhuis in de maatschappij te integreren. Door op het inrichtingsterrein ook huizen en openbare voorzieningen als scholen voor algemeen gebruik te bouwen zou de samenleving naar binnen en zouden patiënten uit hun isolement worden gehaald. Tot uitvoering van dit idee kwam het echter niet.[2659]

Een belangrijk neveneffect van de AWBZ was dat de overheid kwaliteitseisen aan zorg- en behandelfaciliteiten kon stellen, want alleen verblijf in erkende instellingen kwam voor vergoeding in aanmerking.[2660] Naar aanleiding van kamervragen bij de behandeling van het ontwerp tot wijziging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen stelde een ambtelijke werkgroep van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, de zogenaamde Projectgroep Huisvesting Psychiatrie, in 1977 een onderzoek in naar de bouwkundige staat van de grote psychiatrische inrichtingen. Hieruit kwam naar voren dat de huisvesting van veel psychiatrische ziekenhuizen niet meer aan de eigentijdse normen voldeed. Het ging om minstens de helft van het psychiatrisch beddenbestand in Nederland. In Santpoort, de instelling die zo vaak voorop had gelopen met vernieuwingen in de inrichtingspsychiatrie, was maar liefst driekwart van de accommodatie verouderd. De gebouwen van de Leidse instelling Endegeest bleken er nog slechter aan toe te zijn.[2661]

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen kwam in 1979 met een tweede, gedetailleerdere inventarisatie van de huisvesting van 41 psychiatrische ziekenhuizen. Daarin kwam naar voren dat veel gebouwen zowel bouwtechnisch als functioneel ernstig tekortschoten. Niet alleen hun ouderdom vormde een probleem, maar vooral ook het feit dat ze niet geschikt waren om de gewijzigde opvattingen omtrent het woon- en leefklimaat - minder grote groepen en meer ruimte voor de privacy van de patiënten - door te voeren.[2662] De onderzoeken deden de regering besluiten tot de Actie Huisvesting Psychiatrie. De plannen daarvoor werden gepresenteerd in de *Notitie betreffende het Psychiatriebeleid* (1978) en de *Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1980). Met de Actie Huisvesting Psychiatrie wilde de overheid in twee fasen zowel de accommodatie als de

---

[2658] Mens 2003, 173-175; 217-235; De Boer 1985; vergelijk Hogenstijn 1987, 121; Hogenstijn 2004, 112.
[2659] Dankers en Van der Linden 1996, 76-77; Tonkens 1999, 109-110, 167-168; Mens 2003, 236-241.
[2660] Bakker en Van der Velden 2004a, 64.
[2661] Vijselaar 1997d, 218; Blok 1998c, 230.
[2662] College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979. Over de bouwkundige staat van psychiatrische ziekenhuizen, vooral het gebrek aan privacy en de gebrekkige sanitaire voorzieningen, zie ook Schudel 1976, 77-85, 141-148; Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 8, 14-15, 18-19, 24-25, 30, 36, 42, 44, 56-57, 64-65, 70, 76.

geografische spreiding van psychiatrische ziekenhuizen verbeteren. Het ging om in totaal 12.000 bedden. In de eerste fase, die in 1982 nagenoeg was voltooid, stond de urgent geachte renovatie van 6.000 bedden op bestaande locaties centraal. In een tweede fase was nieuwbouw van een aantal kleinschalige ziekenhuizen met in totaal ongeveer 6.000 bedden voorzien ten einde het intramurale zorgaanbod gelijkmatiger over het land te verdelen.[2663]

Mede onder invloed van de radicalisering van de kritische psychiatrische beweging stuitten deze plannen voor nieuwe psychiatrische ziekenhuizen, die overigens vanwege geldgebrek en bureaucratische procedures vaak vertraging opliepen, op verzet. Aanvankelijk was haar streven vooral gericht op veranderingen binnen psychiatrische ziekenhuizen, maar aan het eind van de jaren zeventig opteerde een deel ervan voor een andere koers.[2664] Mede door protesten van de kritische patiëntenbeweging tegen isolatie en dwangbehandeling van geesteszieken en de veelbekeken Amerikaanse film *One flew over the cuckoo's nest* (1975), kwam het psychiatrisch ziekenhuis in een kwade reuk te staan. Ook ontstonden rond 1980 in diverse steden Wegloophuizen voor patiënten die psychiatrische ziekenhuizen waren ontvlucht.[2665] Verder trok de vergaande deïnstitutionalisering, de overbrenging van psychiatrische patiënten van inrichtingen naar woon- en zorgvoorzieningen in de maatschappij, die vanaf 1978 in Italië werd doorgevoerd, veel aandacht, niet alleen van de kritische beweging, maar ook van de media.

In de jaren zestig was in enkele door linkse politieke partijen bestuurde Noord-Italiaanse steden een begin gemaakt met de vernieuwing van de psychiatrie. Met name het streven in Gorizia en Triëst om opgenomen psychiatrische patiënten te laten terugkeren in de maatschappij en hen daar met extramurale hulpverlening in woonwijken bij te staan, trok veel aandacht. Dergelijke experimenten waren geïnspireerd door de *Psichiatria Democratica*, die een groep links georiënteerde psychiaters, maatschappelijk werkers en sociologen onder leiding van de psychiater F. Basaglia had ontwikkeld. Zij keerden zich tegen de medische inrichtingspsychiatrie en pleitten voor een in de samenleving geïntegreerde zorg voor geesteszieken en een vergroting van hun zelfredzaamheid. Juist de achterstand van de Italiaanse inrichtingspsychiatrie droeg ertoe bij dat eind jaren zeventig op nationaal niveau een radicale koers werd ingeslagen. Om te voorkomen dat de psychiatrie onder druk van activistische groeperingen onderwerp van een referendum zou worden, loodste de Italiaanse regering in 1978 een wet door het parlement die verstrekkende bepalingen bevatte. De wet verbood de bouw van nieuwe inrichtingen, de opname van nieuwe patiënten in openbare inrichtingen en met ingang van 1981 eveneens heropnamen. De klinische zorg diende plaats te vinden in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen met maximaal vijftien bedden en er moesten multidisciplinair samengestelde extramurale voorzieningen komen met een breed takenpakket - niet alleen medische behandeling, maar ook sociale begeleiding, steun, counseling en publieksvoorlichting.[2666]

[2663] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 33; Bijker 1994, 36-37; De Wit 1991, 57-58; De Wit 1993, 52.
[2664] Blok 2004, 190-192.
[2665] In 1983 waren er 8. Blok 2004, 194.
[2666] Ramon 1985; Van de Klippe 1982; Van de Klippe 1989; Guarnieri 1991; Van der Kamp et al. 1989.

Eind jaren zeventig verschenen er interviews met de toonaangevende Italiaanse democratische psychiaters Basaglia en A. Pirella in de Nederlandse media alsook Nederlandse vertalingen van hun geschriften. Adepten van de kritische psychiatrie reisden naar Italië om de resultaten van de democratische psychiatrie in ogenschouw te nemen en ze droegen hun bevindingen uit in publicaties en op congressen, die in 1979 en 1981 te Utrecht en Amsterdam onder grote belangstelling plaatsvonden. Daarbij hadden de deelnemers meer oog voor de min of meer geslaagde hervormingen in enkele Noord-Italiaanse steden dan voor het gebrek aan alternatieve semi- en extramurale voorzieningen in de rest van het land, de overbelasting van familieleden van patiënten, de verwaarlozing van geesteszieken die niettegenstaande de deïnstitutionalisering in inrichtingen achterbleven, en het veelvuldig toepassen van dwang en psychofarmaca.[2667] Voor de Nederlandse bezoekers staken de Italiaanse vernieuwingen in enkele opzichten positief af tegen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen de deïnstitutionalisering op zichzelf, maar ook de flexibele en pragmatische inslag van de alternatieve sociaalpsychiatrische hulpverlening wekte hun sympathie. Het weinig gestructureerde en improvisatorische karakter en het idealisme van de Italiaanse hulpverleners vormde in hun ogen een groot contrast met het overgeorganiseerde en gedifferentieerde Nederlandse zorgstelsel, waarin hecht verankerde institutionele en professionele belangen een grondige vernieuwing ervan in de weg stonden.[2668]

De roep om sluiting van psychiatrische ziekenhuizen en de vervanging ervan door alternatieve, kleinschalige behandel- en woonfaciliteiten klonk steeds luider in Nederland.[2669] De patiëntenbeweging en het orgaan van de kritische psychiatrie, *De Gekkenkrant*, stelden in 1981 dat de psychiatrische inrichting rijp was voor afbraak.[2670] Dezelfde teneur was te beluisteren in de bijdragen van Trimbos aan het symposium 'Heden is verleden, alternatieven voor de psychiatrische inrichting' dat in hetzelfde jaar plaatsvond en aan een studiedag van het NCGV in het jaar daarop over de nieuwbouwplannen voor psychiatrische ziekenhuizen.[2671] Al eerder had hij met zijn boek *Antipsychiatrie: een overzicht* (1975) instemming betoond met het gedachtegoed van de kritische psychiatrie. Trimbos' geestverwant Romme, hoogleraar sociale psychiatrie in Maastricht, had in een kritische beschouwing over het grote aantal chronische patiënten en het gebrek aan doorstroming in inrichtingen al in 1970 betoogd dat deze massale en geïsoleerde instellingen, die bovendien geen enkele publieke verantwoording aflegden over hun beleid, maar beter konden verdwijnen. 'Tenslotte moge ik de wens uitspreken', zo schreef hij, 'dat deze generatie het nog zal beleven dat de psychiatrische inrichtingen hetzelfde lot beschoren zal zijn als de sanatoria voor de tuberculose en dat de rekreatie er wel bij moge varen.'[2672] Als adviseur van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu en van de Ziekenfondsraad alsook als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor

---

[2667] Over de invloed van de ontwikkelingen in Italië in Nederland en ook de verschillen tussen Italië en Nederland zie Van de Klippe 1982; Van der Kamp et al. 1989; Beijers, Henkes en Klein Ikkink 1992.
[2668] Plass en Zeelen 1989; Van Weeghel 1989; Van der Laan, Wolf en Zeelen 1989; Norcio 1989; Droës 1990; vergelijk Rose en Steffens 1987.
[2669] Blok 2004, 192-194.
[2670] Patiëntencongres 1981, 547; Werkgroep Dag van de Psychiatrie, inleiding.
[2671] Henkelman en De Ruiter 1991, 33-35; Blok 1997d, 243.
[2672] Romme 1970a, 157.

Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) was Romme verder nauw betrokken bij de totstandkoming van de RIAGG.

Op de studiedag van het NCGV nam Trimbos samen met Romme, de socioloog en latere directeur van Pandora E.G.T. van der Poel en de voorman van de patiëntenbeweging Van der Wilk het initiatief tot de Actie Moratorium Nieuwbouw Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen. Zij bepleitten een voorlopige stopzetting van de nieuwbouw en renovatie van psychiatrische ziekenhuizen en een fundamentele bezinning op het psychiatriebeleid. In plaats van een verbetering van het bestaande beddenbestand zou de regering meer werk moeten maken van de vervanging van bedden door alternatieve, semimurale en ambulante woon- en behandelvormen. De actievoerders bedienden zich van antipsychiatrische retoriek. In het adres dat zij in 1982 aan de Tweede Kamer richtten, was te lezen dat psychiatrische ziekenhuizen waren gebaseerd op 'achterhaalde opvattingen over de benadering van psychisch gestoorde mensen' en dat zij 'overbodig, onnuttig, ja schadelijk […] voor de bewoners' waren. In een toelichting op hun actie kwalificeerden zij de psychiatrie als instrument om afwijkend gedrag onschadelijk te maken. De psychiatrische inrichting was vanouds een interneringsinstelling ter beveiliging van de maatschappij; 'repressie, onvrijheid en dwang' alsook 'medicalisering' gaven daarin de toon aan en veel patiënten zouden 'gehospitaliseerd' raken.[2673]

De moratoriumactie richtte zich voornamelijk op het parlement - de initiatiefnemers boden een petitie met handtekeningen aan de Tweede Kamer aan - maar als gevolg van de grote media-aandacht, het publieke debat waartoe de actie aanleiding gaf en de steun vanuit de kritische beweging vond zij ook weerklank in de samenleving en kreeg het initiatief steun van de publieke opinie. Ook internationaal had de actie de wind in de rug: in 1979 had de World Health Organization zich in afkeurende zin uitgelaten over plannen in sommige landen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen. Overigens lieten ook tegenstanders van de actie van zich horen. Vooral onder psychiaters die in psychiatrische ziekenhuizen werkzaam waren, bestond de vrees dat het tot uit- of zelfs afstel zou komen van de in hun ogen noodzakelijke renovaties en nieuwbouw. Zij kregen bijval van de Nationale Ziekenhuisraad, de NVP en de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[2674] Gestimuleerd door het openbare debat nam de Tweede Kamer in 1983 een door het VVD-parlementslid E. Terpstra ingediende motie aan die de regering opriep tot een heroverweging van de nieuwbouwplannen.[2675] Staatssecretaris Van der Reijden zegde toe dat hij de motie zou uitvoeren en presenteerde nog in hetzelfde jaar de *Heroverwegingsmaatregel bouwbeleid*.[2676]

Het regeringsbeleid werd inderdaad aangepast, maar niet in de zin zoals de actievoerders hadden bedoeld. Zij stuurden met hun initiatief aan op drastische deïnstitutionalisering, zoals die behalve in Italië ook in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië gestalte kreeg. Volgens hen zou Nederland op de langere termijn kunnen

---

[2673] Romme et al. 1985, 9-10, 15-16.
[2674] Romme et al. 1985, 17-72; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 15; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 140, 146.
[2675] Romme et al. 1985, 116-117.
[2676] Romme et al. 1985, 75-78.

volstaan met circa 2.000 bedden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen.[2677] Weliswaar voerde de overheid, met name in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, het streven naar extramuralisering hoog in het vaandel, maar dat ging niet gepaard met omvangrijke deïnstitutionalisering. In deze nota schreef Van der Reijden dat psychiatrische ziekenhuizen noodzakelijk bleven, vooral met het oog op de 'meest kwetsbare categorie', de chronische patiënten. 'De ervaringen bij een al te rigoureus reductiebeleid in het buitenland kunnen ons hierbij tot voorbeeld zijn.'[2678] Van der Reijden doelde hiermee waarschijnlijk op de Verenigde Staten en Italië, waar een grootschalige deïnstitutionalisering op gang was gekomen zonder dat was voorzien in voldoende alternatieve hulpverlening, waardoor psychiatrische patiënten te weinig zorg kregen en zelfs ten prooi vielen aan verwaarlozing en dakloosheid.[2679] Ondanks de protesten hield de regering daarom vast aan het bestaande beleid gericht op verkleining van de omvang van bestaande psychiatrische ziekenhuizen en de bouw van nieuwe (kleinschalige) instellingen om een betere regionale spreiding te realiseren.[2680] Er ging vooralsnog geen psychiatrisch ziekenhuis dicht en de al gemaakte plannen voor nieuwe intramurale instellingen vonden doorgang. De moratoriumactie en de motie Terpstra leidden in combinatie met bezuinigingen hooguit tot enige vertraging in de uitvoering van de nieuwbouwplannen. Ondanks fel antipsychiatrisch verzet ging in 1986 het al in 1980 opgerichte Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Nijmegen open, om te beginnen met 80 bedden, een aantal dat in 2000 meer dan 300 bedroeg. Een krant maakte gewag van een nieuw 'geïsoleerd gekkengetto in de bossen'.[2681] In de jaren eran zouden, zoals in deel 5 aan de orde komt, nog enkele psychiatrische ziekenhuizen worden geopend. In de jaren negentig zouden verder tal van nieuwe klinische faciliteiten in kleinschalige en gedeconcentreerde vorm tot stand komen.[2682]

In 1985 stelden Romme, Trimbos, Van der Poel en Van der Wilk een boek samen waarin zij verslag deden van het verloop van hun actie en concludeerden dat deze geen effect had gehad. Het zou aan de wil en de middelen ontbreken om psychiatrische bedden op grote schaal door alternatieve voorzieningen zoals beschermende woonvormen en deeltijdbehandeling te vervangen. Tevergeefs drongen zij aan op een daadwerkelijke uitvoering van de motie van Terpstra.[2683] Teleurgesteld constateerde Trimbos in 1987 dat van de doelstellingen van de moratoriumactie, onder andere vanwege weerstand van de Nationale Ziekenfondsraad en het bestuur van de NVP weinig terecht was gekomen. Het overheidsbeleid was niet veel meer dan 'een flauw aftreksel van de inhoud van de moratorium-actie […] in de vorm van een soort substitutiebeleid, annex een wat

---

[2677] Van Lieshout 1985a, 865-867.
[2678] Van der Reijden 1984, 72.
[2679] Grob 2005; Oosterhuis 2005b.
[2680] Van der Reijden 1984, 83; Bijker 1994, 39-40; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16-17.
[2681] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Mens 2003, 249; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 27; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 33; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 26; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 27, 91; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 92; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 100; De Wit 1991, 58; Kroft 2005, 171.
[2682] Zie hierover verder 5.3.1. De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen.
[2683] Romme et al. 1985, 4, 119-122, 131-134, 135-140.

getemperd bouwbeleid'. [2684] Verder werd de actie volgens hem gebruikt om bezuinigingen te legitimeren, zonder dat er een principiële keuze voor deïnstitutionalisering werd gemaakt. [2685] De capaciteit van beschermende woonvormen liet veel te wensen over en de RIAGG'en deden te weinig aan sociaal-psychiatrische hulpverlening om taken van de ziekenhuizen over te nemen.

De moratoriumactie bewerkstelligde geen breuk in het beleid. Hoogstens vormde zij een extra stimulans voor de koers waarvan de contouren al in de jaren zeventig gestalte hadden gekregen en die Van der Reijden in zijn *Nieuwe Nota* verwoordde: een streven naar een evenwichtiger regionale spreiding en een verkleining van de omvang van psychiatrische ziekenhuizen alsook naar deconcentratie van hun zorg- en behandelfaciliteiten en nauwere samenwerking met nieuwe en bestaande semi- en extramurale voorzieningen. De inzet was een geleidelijke vermindering van het beddenbestand met gelijktijdige opbouw van vervangende voorzieningen op het terrein van beschermd wonen, dagbesteding en deeltijdbehandeling. Deze doeleinden sloten grotendeels aan op veranderingen die al sinds de jaren zestig binnen de psychiatrische ziekenhuizen op gang waren gekomen.

4.3.2. *Differentiatie en deconcentratie*

Het belangrijkste effect van de AWBZ bestond in eerste instantie niet zozeer uit de renovatie en nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen, maar uit de sterke uitbreiding van verpleeghuizen voor bejaarden en aparte zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten, zoals zwakzinnigen in toenemende werden genoemd.[2686] Op deze manier droeg de AWBZ sterk bij tot de versnelling van het al eerder op gang gekomen proces van externe differentiatie, de uittocht van deze groepen uit de psychiatrische ziekenhuizen. Vooral psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen vertoonden een sterke groei. Vanaf hun oprichting in het begin van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig nam het totaal aantal bedden in deze zorginstellingen toe van nog geen 1.000 tot tegen de 21.000, bijna evenveel als het beddenbestand van psychiatrische ziekenhuizen. In 1990 overtrof het aantal psychogeriatrische bedden dat van psychiatrische ziekenhuizen en het liep verder op tot zo'n 31.000 in 2000.[2687] De

---

[2684] Trimbos 1987, 169.

[2685] Ook de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid beweerde dat de moratoriumactie werd gebruikt om bezuinigingen door te voeren. Daardoor zou de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen vrijwil stil zijn komen te liggen, waarvan vooral chronische patiënten de dupe zouden zijn geworden. Dat lijkt ons niet geloofwaardig. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3, 93, 110; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 20-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14.

[2686] Bakker en Van der Velden 2004a, 62.

[2687] Robben 1993, 1206-1207; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 69; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105; Trimbos-instituut 2000; bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5c: Verpleegden in psychiatrische inrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen in Nederland 1969-2000, gebaseerd op CBS; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-1996, gebaseerd op *GGZ in getallen.* Vergelijk Kruisinga 1970, 49; Hendriks 1974, 39-40; Van Andel 1983, 169. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakt melding van 175 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen in 1982. Zie

psychogeriatrie, die onder toezicht viel van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, verwijderde zich in de jaren tachtig steeds meer van de geestelijke gezondheidszorg. In 1986 verzocht het bestuur van de sectie verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad de Staatssecretaris voor Volksgezondheid om psychogeriatrische instellingen bij de algemene gezondheidszorg onder te brengen. Volgens de Inspectie was dat niet in het belang van de patiënten.[2688]

Het aantal plaatsen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten bedroeg in 1964 bijna 16.000, in 1974 ruim 23.000 en in 1984 ruim 30.000. Vanaf het midden van de jaren zeventig ging de totale omvang van deze voorzieningen die van de psychiatrische ziekenhuizen overvleugelen.[2689] Van de rond 10.000 verstandelijk gehandicapten die in de jaren zestig de psychiatrische ziekenhuizen nog bevolkten, waren er eind jaren tachtig ongeveer 800 over.[2690] Dat verstandelijk gehandicapten en demente ouderen in toenemende mate in aparte zorginstellingen werden ondergebracht, hing niet alleen samen met de verruiming van de financieringsmogelijkheden, maar ook met de al in de jaren vijftig op gang gekomen profilering van psychiatrische inrichtingen als behandelingsinstituten. De asielfunctie die inrichtingen vervulden voor deze vaak langdurig opgenomen groepen, riep steeds meer kritiek op: deze zou de doorstroming van behandelbare patiënten belemmeren.[2691] Overigens ging aan deze externe vaak een interne differentiatie vooraf: sommige psychiatrische inrichtingen hadden al eerder aparte psychogeriatrische en zwakzinnigenafdelingen opgezet die zich vervolgens min of meer verzelfstandigden. Eenzelfde ontwikkeling deed zich voor op het gebied van de psychiatrische verslavingszorg.[2692] Een omgekeerd proces, van externe naar interne differentiatie deed zich voor op forensisch terrein: vanaf de tweede helft van de jaren tachtig werden forensische afdelingen in een aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen ingericht.[2693]

De uittocht van demente bejaarden en verstandelijk gehandicapten leidde niet tot een sterke daling van het aantal in algemene psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten. Tussen 1965 en 1973 schommelde dat rond 26.000, om vervolgens geleidelijk te dalen tot ruim 21.000 in de eerste helft van de jaren tachtig, een aantal dat tot

---

Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1. Ondanks de sterke groei van het aantal plaatsen was er in de jaren tachtig en negentig sprake van een tekort, zoals bleek uit de lange wachtlijsten. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 105; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 52; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 20.

[2688] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 34.

[2689] Kruisinga 1970, 8; Hendriks 1974, 39-40; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 42; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105. Vergelijk Van Andel 1983, 169. De Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid vermeldt 158 instellingen voor verstandelijk gehandicapten in 1982. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1.

[2690] Gijswijt-Hofstra 2005, 38.

[2691] Cahn 1969; Romme 1970a; Van der Reijden 1984, 35. Zie ook 3.4.2. De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting.

[2692] Van de twintig verslavingsklinieken die eind jaren negentig bestonden, maakte de helft deel uit van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.

[2693] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18, 52; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990b, 55; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80.

halverwege de jaren negentig vrij stabiel bleef.[2694] Gezien de bevolkingstoename van tegen de dertien tot meer dan vijftien miljoen was de relatieve afname van de psychiatrische ziekenhuisbevolking groter dan de absolute cijfers suggereren. Tussen 1965 en 1980 ging het relatieve aantal psychiatrische bedden terug van 2,2 naar 1,7 per 1.000 inwoners, een daling die zich vervolgens voortzette tot 1,3 promille medio jaren negentig.[2695] Overigens moet deze daling ook weer gerelativeerd worden, omdat deze bedden, als gevolg van de uittocht van demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, ten goede kwamen aan een beperktere groep van patiënten met zuiver psychiatrische stoornissen. Bovendien zijn de categorale intramurale instellingen als kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, TBR-inrichtingen en klinieken voor verslaafden hier buiten beschouwing gelaten.

Tegelijkertijd liep het aantal opnamen in en ontslagen uit psychiatrische ziekenhuizen per jaar in de periode 1965-1985 sterk op: het eerste van bijna 11.000 naar meer dan 25.000 en het tweede van meer dan 9.500 naar bijna 24.000.[2696] Deze cijfers geven aan dat de gemiddelde verblijfsduur in psychiatrische ziekenhuizen af- en de doorstroming toenam. Deels ging het om dezelfde mensen, die herhaaldelijk voor kortere tijd waren opgenomen: de zogenaamde draaideurpatiënten. Het aantal patiënten dat binnen een jaar meer dan één keer werd opgenomen, verdriedubbelde tussen 1970 en 1985. Sommige psychiatrische ziekenhuizen vertoonden een nog sterkere stijging. Zo liep het aantal opnamen per jaar in het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort op van bijna 170 in 1965 tot 1.060 rond 1985, terwijl de beddencapaciteit terugliep van ongeveer 1.120 in 1965 naar 1.050 in 1985.[2697] Ondanks de veel grotere doorstroming bleef het leeuwendeel van de bedden bezet door langdurig opgenomen chronische geesteszieken. Eind jaren zestig verbleef bijna driekwart van de opgenomen patiënten langer dan twee jaar en de helft zelfs langer dan tien jaar in een psychiatrisch ziekenhuis.[2698] Medio jaren tachtig was het aandeel van chronische patiënten met een verblijfsduur van meer dan twee jaar in de totale psychiatrische patiëntenpopulatie weliswaar afgenomen tot 55 procent, maar

---

[2694] Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.
[2695] Gijswijt-Hofstra 2005, 38.
[2696] Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-1996, gebaseerd op *GGZ in getallen* ; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 4-5, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 13; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 11; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 9.
[2697] Vijselaar 1997d, 195. In Licht en Kracht verdrievoudigde het aantal opnamen tussen 1958 en 1973, terwijl het aantal bedden afnam van meer dan 750 tot ruim 670. Kamminga 1995, 88.
[2698] Romme 1970a, 149; Kruisinga 1970, 8; Schudel 1976, 23; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 28; Offerhaus 1983, 72; Bijker 1994, 34. Volgens Schudel (1976, 16) was de gemiddelde verblijfsduur in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen het hoogst in Europa.

hun aantal was nog altijd aanmerkelijk en meer dan 40 procent van hen verbleef langer dan vijf jaar in het ziekenhuis.[2699]

Niet alleen algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, ook psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische klinieken van universitaire ziekenhuizen (PUK) namen geestes- en zenuwzieken op. Deze voorzieningen groeiden in de jaren zestig en zeventig sterk in aantal. Rond 1970 beschikten 38 algemene ziekenhuizen over een psychiatrische afdeling en 7 academische ziekenhuizen over een psychiatrische kliniek.[2700] In de tweede helft van de jaren tachtig bestonden er ruim 70 PAAZ'en en nog altijd 7 PUKen. Deze beschikten tezamen over ongeveer 2.100 bedden en rond 400 plaatsen voor deeltijdbehandeling.[2701] Opmerkelijk was dat zij met een beddenbestand dat nog geen tiende bedroeg van dat van de psychiatrische ziekenhuizen, medio jaren tachtig jaarlijks 18.000 opnamen - dat wil zeggen ruim tachtig procent van het aantal opnamen in psychiatrische ziekenhuizen - voor hun rekening namen.[2702] De PAAZ'en en PUKen richtten zich vooral op acute patiënten, van wie een aanmerkelijk deel van de somatische afdelingen van de algemene of academische ziekenhuizen afkomstig was en die behalve aan lichamelijke aandoeningen overwegend aan neurotische en stemmingsstoornissen leden. Hun gemiddelde verblijfsduur daarin was veel korter dan die van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Chronische psychiatrische patiënten kwamen in de regel niet in PAAZ'en of PUKen terecht. Deze waren bedoeld voor relatief kortdurende en sterk medisch georiënteerde behandelingen, hoewel veel PAAZ'en ook psychotherapie aanboden.[2703] Vanwege de nauwe band met de somatische gezondheidszorg ging van deze voorzieningen een minder stigmatiserende werking uit dan van psychiatrische ziekenhuizen. Het groeiende aandeel van de PAAZ'en en PUKen in de klinische behandeling van psychische stoornissen, dat de overheid toejuichte, kan als een vorm van externe differentiatie worden gezien: een bepaalde patiëntencategorie - acute patiënten en patiënten met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen - onderging in toenemende mate een klinische behandeling buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Overigens was er geen sprake van een duidelijke taakafbakening tussen deze intramurale instellingen. In regio's waar zich geen psychiatrisch ziekenhuis bevond, neigden de PAAZ'en ertoe zijn taken over te nemen. Wat betreft de functie en de spreiding van PAAZ'en voerde de overheid geen gericht beleid. De PAAZ'en bezaten een grote mate

---

[2699] Van der Reijden 1984, 75; Giel 1984, 251; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7; Van Borssum Waalkes 1987; Wiersma et al. 1988, 389-390; Henkelman en De Ruiter 1991, 11. Vergelijk Schudel 1976, 23; Offerhaus 1983, 72; Van Andel 1983, 176; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 96.

[2700] Van der Reijden 1984, 33-34.

[2701] Van der Beek 1983a, 630; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 31; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 941; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18-19, 27, 49. Vergelijk Schudel 1976, 16; Van der Beek 1983a, 630; Van der Reijden 1984, 33-34; vergelijk Van Alphen 1988, 692; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1.

[2702] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 9; Van Alphen 1988, 691-692; vergelijk bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18-19, 27, 49.

[2703] Van der Beek 1983a ; Van der Beek 1983b; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 70; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 56; Van Alphen 1988, 692; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 49, 67, 102-103.

van autonomie en vertoonden veel diversiteit. Een deel ervan oriënteerde zich op de consultatieve en liaison-psychiatrie, bedoeld voor patiënten met somatische aandoeningen die ook met psychiatrische problematiek kampen, en streefde naar integratie in de algemene gezondheidszorg. Andere profileerden zich sterker als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en richtten zich grotendeels op dezelfde patiënten als psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en.[2704]

Niet alleen de bevolking van psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen kwam deels overeen met die van psychiatrische ziekenhuizen. Hetzelfde gold voor de zogenaamde herstellingsoorden, die op het grensvlak van somatische gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk opereerden. De eerste herstellingsoorden stamden van rond 1900 en ze waren opgezet door beroepsorganisaties voor hun overspannen leden. In deze instellingen, die zich vooral op de Veluwe en de Utrechtse heuvelrug bevonden, konden onderwijzers, ambtenaren, handels- en kantoorbedienden, typografen en spoorwegpersoneel in de buitenlucht, met goede voeding en met ontspannende activiteiten weer tot rust komen. De herstellingsoorden namen niet alleen zenuwpatiënten, maar ook lijders aan somatische kwalen op. Vanaf 1958, toen deze kleinschalige voorzieningen zich verenigden in de Unie van Nederlandse Herstellingsoord-organisaties, gingen zij zich steeds meer toeleggen op psychosociale behandeling, waarmee zij opschoven in de richting van de geestelijke gezondheidszorg. In de jaren zestig deden arbeids- en bezigheidstherapeuten hun intrede en in de loop van de jaren zeventig wonnen psycho- en groepstherapeutische behandelvormen terrein in de herstellingsoorden. De uitbreiding van zowel het behandelaanbod als de clientèle werd mede mogelijk vanwege de verruiming van de financieringsmogelijkheden: de voorheen door particuliere organisaties bekostigde en alleen voor hun leden toegankelijke herstellingsoorden kwamen vanaf medio jaren zestig in aanmerking voor publieke financiering op basis van respectievelijk de Bijstandswet, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening, waardoor deze voorzieningen niet meer uitsluitend waren weggelegd voor bepaalde beroepsgroepen.

Medio jaren tachtig waren er negentien herstellingsoorden met ongeveer 600 plaatsen en namen deze jaarlijks rond 4.000 mensen op. Voor het merendeel ging het om oudere vrouwen met psychosomatische, neurotische en psychosociale klachten. Hiermee vertoonden zij overeenkomsten met patiënten die op neuroseafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en in het bijzonder het Christelijk Sanatorium te Zeist waren opgenomen. Een deel van de clientèle van de herstellingsoorden zou, als deze voorzieningen niet hadden bestaan en als ze zich niet in de richting van de geestelijke gezondheidszorg hadden ontwikkeld, wellicht in psychiatrische voorzieningen terecht zijn gekomen. In deze zin droegen ze in bescheiden mate bij aan externe differentiatie. In de jaren tachtig leek het erop dat de herstellingsoorden erkenning zouden verwerven als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, vooral ook omdat ze een relatief goedkoop

[2704] Van der Beek 1983a; Van der Beek 1983b; Van der Reijden 1984, 33-34; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 29-31; Vos 2007b, 140-142, 145-151; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 45; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 67-68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 107; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 30-31; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 56; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 77-78; Van Londen 2001, 10.

alternatief voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis boden. In 1987 kondigde de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur echter onverwachts aan dat de collectieve financiering ervan beëindigd zou worden. Naar aanleiding van protesten vanuit met name de geestelijke gezondheidszorg en op aandrang van de Tweede Kamer kwam de staatssecretaris evenwel op zijn besluit terug en kregen negen herstellingsoorden erkenning als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In de jaren negentig gingen de meeste op in grotere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg.[2705]

Vooral om de geneeskundige functie van het psychiatrisch ziekenhuis en, in nauw verband daarmee, de doorstroming van patiënten te versterken, werd naast de externe ook de al eerder ingezette interne differentiatie krachtig ter hand genomen. De traditionele inrichting bestond vanouds uit een aantal in hoge mate autonome en gelijkvormige paviljoens die verschillende soorten patiënten huisvestten en waarin een overeenkomstig zorg- en behandelregime heerste. De al in de jaren vijftig op gang gekomen functionele differentiatie op basis van organisatorische en therapeutische criteria en de daarmee gepaard gaande schaalverkleining maakte een einde aan deze uniforme ordening. Deze interne differentiatie kreeg vorm door de bouw of inrichting van aparte behandel- en verblijfsafdelingen ofwel sectoren, clusters, compartimenten, units, kernen en categorieën voor verschillende groepen patiënten.[2706] Psychiatrische ziekenhuizen werden in toenemende mate conglomeraten van min of meer autonome afdelingen en een aantal tooide zich met de benaming 'psychiatrisch centrum'.[2707] Deze aanduiding gaf uitdrukking aan de ambitie om van het psychiatrisch ziekenhuis een regionale spil voor geestelijke gezondheidszorg te maken, die zich met een gevarieerd, zowel klinisch als extramuraal behandel- en zorgaanbod open naar de samenleving opstelde.[2708]

De interne differentiatie kreeg aan de hand van criteria als diagnose, verblijfs- en behandelduur en behandelingsmethode en -intensiteit op drie manieren vorm. Ten eerste door chronische van acute patiënten te scheiden en aparte woonvoorzieningen voor de eerste categorie op te zetten. Ten tweede de inrichting van verschillende opname- en behandelafdelingen voor acute en behandelbare patiënten al naar gelang de aard en ernst van hun aandoeningen, het soort therapie dat voor hen geëigend werd geacht en het doel en de duur ervan. Ten derde semi- en extramurale faciliteiten voor herstelde of herstellende patiënten ter bevordering van hun terugkeer in de maatschappij en ook ter voorkoming van heropname.

[2705] Over de herstellingsoorden zie Van Lieshout en Breemer ter Stege 1987; Jansen, Koppelaar en Dingemans 1987; Vos 2007a; over de patiënten in het Christelijk Sanatorium zie Hutschemaekers 1993c, 81-87. In de jaren negentig was het beddental van de herstellingsoorden bijna gehalveerd. Kwekkeboom 2001, 20.

[2706] Cohen Stuart 1966; Schudel 1976, 38-39; Van Ommen 1988, 65, 100-103, 228-229; Mens 2003, 183, 221-227.

[2707] In 1977 ging het om 13 van de 41 psychiatrische ziekenhuizen. College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979, inhoudsopgave.

[2708] Jacobs 1968, 12-19; Jacobs 1972; Mastboom 1982a, 14-15, 38-41, 60. De St. Willibrordusstichting was de eerste inrichting die deze koers ging varen. Nadat in 1961 een reorganisatieplan was gepresenteerd ging de inrichting zes jaar later Psychiatrisch Centrum St. Willibrord heten. Zie Bakker 2002e, 243-245, 259; Bakker en De Boer 2002b, 289-290. Andere instellingen die al in de jaren zestig plannen in deze richting maakten waren Licht en Kracht in Assen, Wolfheze en Zon en Schild in Amersfoort. Zie Kamminga 1995, 91-94; Brinkman 1984, 323; Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 17-19.

Voor chronische patiënten kwamen naast de bestaande verblijfsafdelingen, al naar gelang hun mogelijkheden en beperkingen, op kleinere of grotere afstand van het bestaande ziekenhuis, nieuwe semimurale faciliteiten tot stand: sociowoningen of beschutte woonvormen op het terrein van of in de nabijheid van psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen op afstand ervan in normale woonwijken. De eerste sociowoningen verrezen rond 1961 op het terrein van Wolfheze.[2709] Groot Bronswijk in het Groningse Wagenborgen volgde in 1968, Santpoort rond 1970, Groot Lankum te Franeker in 1974 en Duin en Bosch in 1978. St. Bavo in Noordwijkerhout was het tweede psychiatrische ziekenhuis dat op grotere schaal tot deze vorm van huisvesting van chronische patiënten overging. In 1982 werden aan de rand van het inrichtingsterrein 36 nieuwbouwwoningen voor in totaal 168 bewoners in gebruik genomen. Een jaar eerder was in Noordwijkerhout een soortgelijke woonvorm voor verstandelijk gehandicapten, de Hafakker, tot stand gekomen. Het idee van de socio- of beschutte woningen was dat patiënten zoveel mogelijk zelfstandig moesten wonen terwijl ze zo nodig terug konden vallen op de faciliteiten van het ziekenhuis. Rond 1980 boden deze woonvoorzieningen plaats aan ruim 520 patiënten.[2710] De beschermende woonvormen, bedoeld voor patiënten die tot enige zelfstandigheid en zelfredzaamheid in staat waren, ontwikkelden zich op afstand van het psychiatrisch ziekenhuis en kregen een eigen organisatorisch kader. In de eerste helft van de jaren tachtig kwamen er ongeveer 25 regionale instellingen voor beschermd wonen tot stand. Het totaal aantal plaatsen daarin groeide in deze periode van ruim 2.100 tot ongeveer 3.000.[2711] Naast deze nieuwere faciliteiten voor chronische patiënten was de veel oudere gezinsverpleging nog bij vijf psychiatrische ziekenhuizen in zwang, zij het op kleine en afnemende schaal. Terwijl er begin jaren zestig nog circa 700 chronische geesteszieken bij gezinnen waren ondergebracht, was dat aantal eind jaren tachtig gedaald tot ongeveer 230, waarvan Beileroord en Psychiatrisch Centrum Venray meer dan tachtig procent voor hun rekening namen. Deels hing deze ontwikkeling samen met een slinkend aanbod aan gastgezinnen. Door de toegenomen welvaart waren steeds minder gezinnen bereid om tegen een niet al te ruim bemeten onkostenvergoeding woonruimte en privacy te delen met psychiatrische patiënten. Voorts kwam de gezinsverpleging ook onder druk te staan als gevolg van de opgeschroefde eisen ten aanzien van huisvesting, professionaliteit en kwaliteitstoetsing.[2712]

Ten behoeve van acute en behandelbare patiënten werden aparte afdelingen ingericht voor opname, observatie, kort- en langdurige behandeling en intensieve en minder intensieve therapie. Ook ontstonden categorale afdelingen voor bepaalde groepen patiënten, gespecialiseerde behandelvormen of specifieke aandoeningen. Soms verrezen geheel nieuwe klinieken op afstand van de oude inrichtingen, zoals de neuroseklinieken van St. Willibrord en Vrederust: De Oosthoek te Limmen (1966) en de al sinds 1957 bestaande, maar in 1971 in nieuwbouw ondergebrachte Viersprong te Halsteren.[2713]

[2709] Zie 3.4.4. ‘Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie’.
[2710] Haveman, Brook en Burger 1983, 345; Klatter 1973, 450; Van Eynde 1978; Offerhaus 1983; Wennink 1986; Wennink 1989; Henkelman en De Ruiter 1991, 47-49; Mens 2003, 166, 229-231.
[2711] Haveman, Brook en Burger 1983, 345; Van der Reijden 1984, 30; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 28; Bakker en Van der Velden 2004a, 71.
[2712] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1989, 54; Haveman en Maaskant 1990; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1991a), 11-14; Marlet 2005, 343.
[2713] Bakker 2002e, 251-259; Mens 2003, 199-203.

Andere categorieën waarvoor aparte klinieken binnen of buiten de bestaande psychiatrische ziekenhuizen tot stand kwamen, waren jongeren, verslaafden, psychisch gestoorde delinquenten en verstandelijk gehandicapten met psychiatrische stoornissen.

Voor herstellende patiënten die zich voorbereidden op hun terugkeer in de maatschappij, kwamen semimurale resocialisatievoorzieningen, zoals hostels, *halfway*-huizen en sluisinternaten tot stand. Verder vond een uitbreiding plaats van faciliteiten voor deeltijdbehandeling, poliklinieken en crisisopvangcentra voor mensen wier stoornissen nog niet of niet langer opname vereisten, maar die wel therapie, voor- en nazorg of opvang en ondersteuning nodig hadden. Het aantal plaatsen voor dag- of nachtbehandeling in psychiatrische ziekenhuizen vertoonde tussen begin jaren zeventig en het midden van de jaren tachtig een aanwas van 200 tot tussen 1.300 en ruim 1.800.[2714] De poliklinieken maakten vanaf 1970 een stormachtige groei door. Terwijl het aantal in de jaren vijftig en zestig beperkt bleef tot 7, bestonden er rond 1980 rond de 40 met 65 spreekuuradressen, waar jaarlijks circa 32.000 patiënten in behandeling waren. Medio jaren tachtig beschikten vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen over poliklinische voorzieningen.[2715] Ook het aantal poliklinieken van PAAZ'en nam in snel tempo toe: in 1980 waren er 36 en in 1989 47. Tevens zette ook een twintigtal algemene ziekenhuizen zonder klinische psychiatrische afdeling in de loop van de jaren zeventig en tachtig psychiatrische poliklinieken op. De universitaire psychiatrische klinieken beschikten daar al langer over. Tezamen hadden de laatste drie typen poliklinieken eind jaren zeventig jaarlijks ongeveer 28.000 patiënten in behandeling.[2716] De poliklinieken boden nazorg aan ontslagen patiënten - en bezetten daarmee hetzelfde werkveld als de SPD'en - en dienden ook om meer greep te krijgen op de in- en uitstroom van patiënten. In de jaren zeventig nam het aandeel van de SPD'en in de nazorg van ontslagen patiënten af van zo'n 55 naar 35 procent, terwijl dat van de poliklinieken verdubbelde van 10 tot meer dan 20 procent.[2717] Daarnaast gingen de poliklinieken, waarvan enkele zich profileerden met een multidisciplinair of psychotherapeutisch behandelaanbod, in toenemende mate ook mensen met neurotische of persoonlijkheidsstoornissen behandelen die niet opgenomen waren geweest of zouden worden. Daarmee richtten zij zich deels op dezelfde clientèle als die van vrijgevestigde psychiaters en de RIAGG'en.

Met semi- en extramurale zorg- en behandelvormen, die psychiatrische ziekenhuizen in toenemende mate aanboden, zouden geesteszieken zich zoveel mogelijk in hun eigen leefmilieu kunnen handhaven, wat hun resocialisatie ten goede zou komen. Deze ontwikkeling werd vanaf het midden van de jaren tachtig verder gestimuleerd door het overheidsbeleid, zoals Staatssecretaris Van der Reijden dat in 1984 in de *Nieuwe Nota* verwoordde. Uiteindelijk zou deze koers leiden tot de deconcentratie en ontmanteling van

---

[2714] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 5; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 53; Schene en Faber 2001, 76; Bakker en Van der Velden 2004a, 71.

[2715] Mastboom 1982a, 17, 22-23, 96-118, 137, 165, 195; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 940-951; vergelijk Van der Reijden 1984, 36-37; Schene en Faber 2001, 74.

[2716] Mastboom 1982a, 18-19, 62-63; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 30-31; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 69-85.

[2717] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 22-23.

de klassieke inrichting en de vervanging ervan door een conglomeraat aan kleinschaliger en geografisch gespreide voorzieningen.[2718]

Naast de zich voortzettende externe en interne differentiatie en de op gang komende deconcentratie en extramuralisering, was de regionalisering van grote betekenis voor de metamorfose die de psychiatrische ziekenhuizen in jaren 1965-1985 doormaakten. Ingrijpende gevolgen had de regionalisering met name voor een aantal grote confessionele instellingen die vanouds een groot geografisch gebied bedienden. Zij verloren hun uitgesproken katholieke of protestantse signatuur en moesten zich beperken tot de eigen regio. Eerder zagen wij dat de katholieke instelling St. Franciscushof al kort na de oprichting een omslag moest maken wat betreft haar doelgroep. Dit ziekenhuis was oorspronkelijk bedoeld voor katholieke vrouwen uit een betrekkelijk groot gebied (Noord- en Oost-Nederland), maar binnen enkele jaren ging het zich richten op patiënten uit de regio Zwolle-Almelo, ongeacht of ze man of vrouw of wel of niet katholiek waren.

Ook oudere confessionele inrichtingen maakten een dergelijke verandering door. Al voordat regionalisering in de jaren zeventig officieel beleid werd, begon de St. Willibrordusstichting zich om te vormen van een door religieuze broeders gedreven inrichting voor katholieke mannen uit een groot deel van Nederland naar een regionale en gesecularisseerde voorziening voor zowel mannen als vrouwen van alle gezindten. De inrichting, die vanaf 1967 Psychiatrisch Centrum St. Willibrord heette, zou de spil moeten worden van een regionaal georganiseerde geestelijke gezondheidszorg, waarbij de ambitie was om ook semi- en extramurale zorg te bieden.[2719] De overgang van een min of meer autonome, besloten en centralistische katholieke instelling met een duidelijke gezagsstructuur naar een open en gedecentraliseerde voorziening met een regionale functie verliep niet zonder spanningen en problemen, temeer daar deze verandering samenviel met democratisering, de introductie van multidisciplinaire samenwerking en de invloed van de kritische psychiatrie.

St. Servatius en St. Anna kregen vanouds katholieke patiënten uit Limburg, Gelderland en Zeeland. Zuid-Limburg kreeg met De Welterhof en Vijverdal (als opvolger van Calvariënberg) twee nieuwe psychiatrische ziekenhuizen, terwijl Zeeland vanaf het begin van de jaren tachtig over een eigen ziekenhuis beschikte en in Nijmegen plannen voor de bouw van een psychiatrische kliniek ontstonden.[2720] Deze ontwikkelingen en het overheidsbeleid dwongen de Venrayse inrichtingen tot een ingrijpende reorganisatie. Vanwege de inkrimping van het verzorgingsgebied tot Midden- en Noord-Limburg was een daling van de beddencapaciteit onvermijdelijk. Van de meer dan 2.000 patiënten die eind jaren vijftig nog in Venray waren opgenomen, waren medio jaren tachtig ongeveer 1.200 over.[2721] Om dit verlies te compenseren ontwikkelde het Psychiatrisch Centrum Venray, waarin St. Servatius en St. Anna in 1977 waren gefuseerd, nieuwe activiteiten in de vorm van categorale klinische en zorgvoorzieningen voor verslaafden, Korsakovpatiënten, adolescenten, geestelijk gehandicapten en psychisch gestoorde delinquenten. Met deze gespecialiseerde voorzieningen kon de Venrayse instelling deels een bovenregionale functie blijven vervullen.[2722] Evenals St. Willibrord verloor zij haar

[2718] Van der Grinten en Verburg 2001, 20-21; over deconcentratie zie ook Roosenschoon 2001.
[2719] Bakker 2002e 240-245, 259; Bakker en De Boer 2002b 289-290.
[2720] Kroft 2005, 170-171.
[2721] Kroft 2005, 170.
[2722] Kroft 2005, 204-205.

uitgesproken katholieke karakter: in 1970 droegen de Broeders en Zusters van Liefde eigendom en beheer van de inrichtingen over aan twee daarvoor in het leven geroepen stichtingen.[2723]

Ook voor Vrederust bij Bergen op Zoom had het regionaliseringsbeleid grote gevolgen. Deze protestantse instelling betrok haar patiënten vanouds voor een groot deel uit Zeeland, maar toen daar in de loop van de jaren zeventig plannen voor een nieuw ziekenhuis gestalte kregen dat de gehele provincie zou moeten bedienen, ontstond voor Vrederust een bedreigende situatie. De overheid stelde zich op het standpunt dat een nieuw Zeeuws ziekenhuis alleen mogelijk was als Vrederust bedden afstond. Jarenlang duurde het gesteggel tussen de twee instellingen over het aantal over te hevelen bedden en de overdracht van Zeeuwse patiënten die in Vrederust waren opgenomen. Uiteindelijk moest Vrederust zich neerleggen bij het verlies van Zeeland als zorggebied. De fors ingekrompen instelling - het aantal patiënten was tussen 1970 en 1985 gedaald van 840 tot 550 - concentreerde zich voortaan op de West-Brabantse regio.[2724]

Soortgelijke strubbelingen deden zich elders voor. In Rotterdam moest het Deltaziekenhuis een deel van zijn verzorgingsgebied afstaan aan St. Bavo in Noordwijkerhout, dat zich omvormde van een katholieke inrichting tot een regionaal opererend psychiatrisch centrum. St. Bavo nam een deel van Rotterdam over, de stad waarvoor Delta's voorganger Maasoord ooit in het leven was geroepen. Het Deltaziekenhuis verlegde zijn verzorgingsgebied naar de Zuid-Hollandse eilanden, waar het ook nog eens werd geconfronteerd met een nieuw psychiatrisch ziekenhuis in Dordrecht. Ook daaraan raakte Delta bedden kwijt.[2725] In Noord-Brabant waren te veel psychiatrische ziekenhuizen met te veel bedden voor de regio, waardoor strubbelingen ontstonden tussen enerzijds Reinier van Arkel in Den Bosch en Voorburg in Vught en anderzijds het nieuwe ziekenhuis Jan Wier in Tilburg. Ook Coudewater en Padua botsten over de verdeling van verzorgingsgebieden.[2726] De laatste twee maakten van de nood een deugd en gingen in de tweede helft van de jaren tachtig samenwerken, wat uiteindelijk in 1990 resulteerde in een fusie. In Drenthe ontstonden fricties tussen het van oorsprong Nederlands Hervormde Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht te Assen en Beileroord, die in 1994 eveneens uitliepen op een fusie.[2727]

4.3.3. *Democratisering en conflict*

De nieuwbouw, renovatie, externe en interne differentiatie alsook regionalisering van psychiatrische ziekenhuizen weerspiegelden hun veranderende organisatie en functie. In de periode 1965-1985 verdween de klassieke psychiatrische inrichting zoals die aan het eind van de negentiende eeuw vorm had gekregen en zich tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw handhaafde, van het toneel.[2728] De traditionele inrichting was een gesloten, vrij geïsoleerde instelling en bevond zich doorgaans op het platteland, soms op grote afstand van de grote steden. Zij vormde een grotendeels autarkisch sociaal verband, waarin orde, rust, reinheid en regelmaat de toon aangaven. De verzorging en behandeling

---

[2723] Van Els 2005, 287.
[2724] Gorisse 1997, 90-104, 107, 112; vergelijk Kool-Blokland s.a. [1999].
[2725] Offerhaus 1983, 67; Vijselaar 1999a, 139, 161-162; Wagenborg en Van de Lande 2001, 123.
[2726] Kappelhof 1992, 118; vergelijk Willemsen 2004, 31-33; Wolf 1995, 29.
[2727] Kamminga 1995, 131-142.
[2728] Van Ommen 1988; Vijselaar 1997e, 268-281; Kroft 2005.

waren in handen van een hiërarchische organisatie die overwegend uit artsen en verplegend en ondersteunend personeel bestond. De psychiatrische inrichting was niet alleen ziekenhuis ten behoeve van de curatieve behandeling van geesteszieken, maar ook bewaarinstituut, verpleeghuis en werkinrichting. Vanwege het grote aantal chronische lijders was therapie slechts één onderdeel van een breder palet aan functies. Bescherming (van zowel geesteszieken tegen de buitenwereld als de maatschappij tegen psychisch gestoorden), verpleging, dagbesteding en structurering van het dagelijkse leven waren minstens zo belangrijk in de zorgcultuur van de inrichting. Van patiënten werd aanpassing aan het inrichtingsregime en de collectiviteit verwacht. Zij konden hun eigen persoonlijkheid, beleving en wensen nauwelijks doen gelden en er was, met uitzondering van de duurdere klassenafdelingen, geen ruimte voor privacy. Inrichtingen bestonden in de regel uit afzonderlijke paviljoens die onder leiding van afdelingsgeneesheren en hoofdverpleegsters een grote mate van autonomie bezaten en een grote verscheidenheid aan patiënten, zowel chronische als acute lijders, herbergden. De differentiatie van patiëntengroepen ging doorgaans niet verder dan de scheiding op basis van sekse en het (rustige dan wel onrustige) gedrag.

De jaren vijftig gaven al aanzetten tot een doorbreking van dit patroon te zien. Sommige psychiaters brachten toen - overigens niet voor de eerste keer - naar voren dat de psychiatrische inrichting geen bewaarplaats of verpleeginstelling, maar een ziekenhuis zou moeten zijn waarin therapeutische behandeling centraal stond. Chronische psychisch gestoorden als zwakzinnigen en demente bejaarden zouden hierin eigenlijk niet thuis horen. Onder invloed van buitenlandse voorbeelden beproefden enkele psychiaters na de oorlog op kleine schaal en deels in het verlengde van de actievere therapie socio- en psychotherapeutische behandelmethoden. Deze stonden op gespannen voet met het gebruikelijke inrichtingsregime, want zij veronderstelden een zekere mate van zelfstandigheid, initiatief en mondigheid van patiënten. Het ging niet om klakkeloze aanpassing aan, maar actieve participatie in de groep. Voor zover de actievere therapie was gericht op productieve arbeid en sociale aanpassing, verloor deze in de loop van de jaren vijftig en zestig veel van haar glans. Zij werd in toenemende mate geassocieerd met tucht en dressuur: de eenvoudige, routineuze en geestdodende arbeid zou het apathische inrichtingsbestaan eerder versterken dan verminderen. De actievere therapie zou plaats moeten maken voor sociotherapeutische activiteiten die de zelfontplooiing en creativiteit van patiënten bevorderden.[2729]

Gebrek aan personeel en financiële middelen alsook de grote aantallen chronische patiënten verhinderden dat de vernieuwingen die al in de jaren vijftig her en der ingang vonden, op grotere schaal toepassing kregen. Dat werd in de loop van de jaren zestig wel mogelijk, in de eerste plaats dankzij de effecten van de toepassing van de psychofarmaca, waardoor er meer rust kwam in de inrichtingen en behandelaars en verplegenden meer tijd en ruimte kregen om socio- en psychotherapeutische activiteiten te ontplooien. Ook rustige patiënten die niet met medicijnen werden behandeld, ondervonden op deze manier de heilzame gevolgen van de psychofarmaca.[2730] Ten tweede kwam er meer geld beschikbaar voor de intramurale zorg. De invoering van de AWBZ leidde, zoals we eerder zagen, tot een bouwgolf van verpleeghuizen voor demente ouderen en inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en tot een uittocht van deze groepen uit het

[2729] Zie 3.4.4. ‘Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie’.
[2730] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 160.

psychiatrisch ziekenhuis. In de jaren tachtig waren deze grotendeels onbehandelbare verblijfspatiënten voor het merendeel uit de psychiatrische ziekenhuizen verdwenen.[2731] Andere gevolgen van de AWBZ-financiering waren dat de psychiatrische ziekenhuizen meer en beter gekwalificeerd personeel in dienst konden nemen en dat de huisvesting van de patiënten geleidelijk aan verbeterde, hoewel deze tot in de jaren tachtig aanleiding gaf tot klachten. Ten derde droegen het veranderde maatschappelijk klimaat, de protestbeweging van de jaren zestig en in het bijzonder de anti- of kritische psychiatrische beweging, alsook de grote publieke aandacht daarvoor, in sterke mate bij tot het vernieuwingsstreven in het psychiatrisch ziekenhuis en ook een radicalisering daarvan. Meer dan ooit tevoren, zo wezen wij er al eerder op, werkten maatschappelijke ontwikkelingen door in de psychiatrische ziekenhuizen. Terwijl in de jaren vijftig voornamelijk enkele psychiaters blijk hadden gegeven van hervormingsgezindheid, manifesteerde zich deze nu ook onder andere, psychologisch en sociaalwetenschappelijk opgeleide behandelaars en onder verpleegkundigen. Bovendien deden (voormalige) patiënten zich in toenemende mate gelden: ze kregen een stem, ze organiseerden zich en ze wilden meer zeggenschap.

De ruimere financiering van psychiatrische ziekenhuizen vertaalde zich al gauw in een verbetering van de personele bezetting, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht. Er kwamen meer zorgende en behandelende handen aan het bed. Vanaf het eind van de jaren zestig daalde het aantal patiënten per psychiater sterk: terwijl tegenover één psychiater in 1960 ruim 230 patiënten stonden, was dat in 1996 één op 46 geworden.[2732] Ook het aantal verplegende personeelsleden onderging tussen 1965 en 1985 een forse uitbreiding. Terwijl het Nationaal Ziekenhuis Instituut in 1966 uitging van een 'gewogen' gemiddelde van ongeveer 48 personeelsleden op 100 bezette bedden, was dit aantal in 1975 bijna verdubbeld tot 90 en in 1985 nog eens gestegen naar bijna 120. Ongeveer de helft van het totale personeelsbestand kwam voor rekening van verplegenden. In 1966 ging het daarbij om ongeveer 8 gediplomeerde, 13 leerling- en 3 'overige' verplegenden; in 1985 was deze verdeling 34, 16 en 10. Kortom: het aantal verplegenden was in 1985 hoger dan het totale personeelsbestand van een psychiatrisch ziekenhuis in 1966 en het aantal gediplomeerden bedroeg in 1985 het viervoudige van dat in 1966. In 1978 werkten voor het eerst meer gediplomeerden op de werkvloer van psychiatrische inrichtingen dan leerlingen. De getalsmatige verhouding tussen het verplegende personeel en de patiënten verschoof in de jaren 1965-1975 van één op 4,5 naar ongeveer één op twee en verbeterde zich de tien jaar daarop nog verder.[2733] Bovendien steeg het opleidingsniveau van verplegenden. Sinds 1970 dienden zij minimaal over een afgeronde MAVO-opleiding te beschikken om in aanmerking te komen voor de B-opleiding en boden hun docenten betere begeleiding. De grote publieke belangstelling voor de psychiatrie bracht met zich mee dat zich eveneens jongeren met een hogere opleiding voor de B-opleiding aanmeldden.[2734]

[2731] Uit een enquête onder 43 psychiatrische ziekenhuizen bleek dat in 1988 nog ruim 300 patiënten waren opgenomen die gezien hun ziektebeeld eigenlijk in een verpleeghuis thuishoorden. Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid 1989, 50, 103, vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 43.

[2732] Van Drunen 2004, 40, 46.

[2733] De cijfers zijn ontleend aan: Nationaal Ziekenhuis Instituut 1966; Nationaal Ziekenhuis Instituut 1976; Nationaal Ziekenhuis Instituut 1986.

[2734] Zie verder 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?

Terwijl de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen een dalende tendens vertoonde, dijde de personeelsformatie dus uit. Het aantal personeelsleden van St. Servatius en St. Anna bijvoorbeeld nam toe van ongeveer 200 in 1958 tot meer dan 600 in 1970. Voor het merendeel ging het om verpleegkundigen en huishoudassistenten en daarnaast kwamen er meer psychologen, maatschappelijk werkers en bewegingstherapeuten. De medische staf werd uitgebreid met een aantal niet gespecialiseerde (huis)artsen, een longarts en een tandarts, een biochemicus, een geneticus en een apotheker.[2735] In Licht en Kracht groeide het personeelsbestand in dezelfde periode van 170 tot 390.[2736] In St. Willibrord was er in de jaren zestig eveneens sprake van een explosieve stijging van het aantal personeelsleden, terwijl de religieuze broeders geleidelijk aan verdwenen. Ook hier vormden verpleegkundigen en medewerkers van de huishoudelijke dienst de grootste groepen, maar de groeicurve ging bijzonder stijl omhoog bij de psychologen (van 1 naar 7) en de arbeids-, bewegings- en creatief therapeuten (van 1 naar 11).[2737] In Endegeest deed de groei zich later, in de jaren zeventig, voor: daar verdubbelde het aantal psychiaters in vaste dienst van 3 naar 6 en steeg het aantal psychologen van 4 naar 7 en het aantal maatschappelijk werkers van 2 naar 7.[2738]

Dergelijke groeicijfers zijn nog spectaculairder als we ze afzetten tegen het aantal opgenomen patiënten. Zo bleef dat aantal in Wolfheze in de jaren zestig, zeventig en begin tachtig schommelen rond ruim 800, terwijl het aantal werknemers steeg van 290 in 1959, 500 omstreeks 1975 en 940 in 1984.[2739] In Santpoort verdubbelde de personeelsformatie in de periode 1965-1985, terwijl het aantal bedden terugging van 1.120 naar 1.050.[2740] De omvang van het personeelsbestand van St. Bavo onderging tussen medio jaren zestig en begin jaren tachtig ook een verdubbeling: op circa 700 patiënten groeide het van 300 tot 600.[2741] Vrederust telde in 1982 in totaal meer dan 700 (zowel verzorgende en behandelende als ondersteunende) personeelsleden op ruim 600 patiënten. Vergeleken met het midden van de jaren zestig, toen deze inrichting nog rond 850 patiënten herbergde, was het aantal werknemers dat zich met zorg en behandeling bezighield meer dan verdrievoudigd. In 1965 bedroeg de personeels-patiënt ratio één op vier, in 1970 één op drie en in 1985 vier op vijf.[2742] Een nieuwe inrichting als De Welterhof kende vanaf het begin meer werknemers dan bedden: in 1982 ging het om een aantal van440 op een beddenbestand van ruim 420.[2743] Ook in enkele andere inrichtingen overtrof het aantal personeelsleden begin jaren tachtig het aantal patiënten: op 100 patiënten beschikte Beileroord over 114, de Ursulakliniek over 122 en St. Servatius over 130 werknemers.[2744]

Al in de jaren vijftig waren enkele klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en gespecialiseerde therapeuten in psychiatrische inrichtingen aangesteld, maar vooral vanaf

---

[2735] Kroft 2005, 136, 141-142.
[2736] Kamminga 1995, 90, 99.
[2737] Bakker 2002e, 264.
[2738] Blok 1998c, 211-212, 224.
[2739] Brinkman 1984, 326.
[2740] Vijselaar 1997d, 194-195.
[2741] Offerhaus 1983, 62, 65.
[2742] Gorisse 1997, 90, 104, 107.
[2743] Blok s.a.a [1999], 35, 37; Blok s.a.c [1999], 87.
[2744] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 12, 61, 78, 82.

1965 groeide het aantal sociaal-wetenschappelijk en psychologisch geschoolden snel en gingen zij zich, evenals verplegenden, bezighouden met de begeleiding en behandeling van psychiatrische patiënten.[2745] Naast een oplopend aantal klinisch psychologen en maatschappelijk werkers, die zich in het bijzonder profileerden met psycho- en sociotherapeutische behandelvormen en de begeleiding van verplegenden, deden ook steeds meer arbeids-, bewegings- en creatief -therapeuten alsook fysio- en ergotherapeuten hun intrede in het psychiatrisch ziekenhuis. In veel instellingen werden een multidisciplinaire werkwijze en een matrixorganisatie ingevoerd: verschillende beroepsgroepen groepeerden zich rond bepaalde categorieën patiënten, afdelingen of behandelfuncties. In de behandelstaven gingen de psychologisch en sociaalwetenschappelijk geschoolde deskundigen getalsmatig de artsen allengs overvleugelen. Klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen - de rond 1970 ingeburgerde, maar pas in 1978 officieel ingevoerde benaming[2746] - namen vaak het initiatief tot therapeutische vernieuwingen.

Veranderingen kwamen niet zonder slag of stoot tot stand; soms namen directies of psychiaters het initiatief ertoe. Van Ree bijvoorbeeld, die in 1969 in Vogelenzang een psychotherapeutische gemeenschap opzette, voelde zich nauw betrokken bij de protestbeweging en tegencultuur van de jaren zestig en zeventig. Hij onderhield contacten met de provo's, demonstreerde tegen de oorlog inVietnam en stemde PSP. 'Ik stak mij in de jaren tussen 1965 en 1975 soms ook in wat uitzonderlijke kledij', zo herinnerde hij zich in 2007, 'zoals spijkerpakken met schaapsvel en laarzen of in lichtblauwe satijnen jurk met het ban-de-bomteken.[…] Ik vond het leuk "die conservatieve hap" te provoceren.'[2747] Vaak moesten de vernieuwingen worden bevochten met alle conflicten en spanningen van dien. Dikwijls vervulden nieuwkomers, jonge (leerling)verpleegkundigen en soms ook buitenstaanders als dienstweigeraars, die in het kader van hun vervangende dienstplicht en vanwege het personeelsgebrek tijdelijk in psychiatrische ziekenhuizen tewerk werden gesteld, hierbij een initiërende rol. In Endegeest bijvoorbeeld stelden dienstweigeraars rond 1970 de hiërarchische verhoudingen en het autoritaire inrichtingsklimaat aan de kaak, waarop ook verzet ontstond onder leerling-verpleegkundigen en zij meer inspraak eisten.[2748] In St. Anna in Venray deden 'kritiese' verpleegkundigen zich gelden met hun pleidooi voor 'bewustwording' en democratisering. Zij benaderden de pers en haalden de landelijke dagbladen.[2749] Ook veel aandacht van de media kreeg de kritiek van leerling-verpleegkundigen in St. Joris in Delft op de leiding van de inrichting, vooral toen een van hen ontslag kreeg aangezegd en dit in de openbaarheid aanvocht.[2750]

Weliswaar behielden psychiaters vaak de eindverantwoordelijkheid en speelden zij de rol van primus inter pares, maar hun autoriteit was niet meer zo vanzelfsprekend als voorheen. In interdisciplinaire teams konden zij moeilijk meer op hun medische autoriteit en de gevestigde routines leunen. De bestaande hiërarchische gezagstructuur met artsen en hoofdverpleegsters aan de top werd doorbroken, onder meer als gevolg van het

---

[2745] Van Ommen 1988, 92-99.
[2746] Zie 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?
[2747] Van Ree 2007, 40.
[2748] Blok 1998c, 203-206.
[2749] Kroft 2005, 179-181; Marlet 2005, 356.
[2750] Slangen 1994, 174-176.

toegenomen aandeel van andere beroepsgroepen in de behandeling van patiënten en het gestegen opleidingsniveau van verpleegkundigen. De opkomst van de multidisciplinaire behandelfilosofie viel grotendeels samen met het streven naar democratisering.[2751] Multidisciplinaire samenwerking en nieuwe behandelmethoden veronderstelden een collectieve verantwoordelijkheid van de behandelstaf en gingen samen met een relativering van formele deskundigheid: persoonlijkheid en visie legden evenzeer gewicht in de schaal als opleiding of plaats in de hiërarchie. De samenwerking van behandelaars met uiteenlopende disciplinaire achtergronden kon niet anders dan tot discussie over en reflectie op de uitgangspunten, methoden en doelstellingen van het therapeutisch handelen leiden. Dat gaf soms aanleiding tot spanningen en conflicten tussen de gevestigde psychiatrische beroepsgroep en de sociaalpsychologisch geschoolde nieuwkomers, maar er waren ook psychiaters die zich openstelden voor verandering of daartoe zelf het initiatief namen. Menig geneesheer-directeur ondersteunde vernieuwingsgezinde behandelaars of gunde hen het voordeel van de twijfel, althans zolang de tegenstellingen beheersbaar bleven.[2752] Niet-medisch opgeleide behandelaars kregen zo meer ruimte om nieuwe inzichten en methoden in de praktijk te beproeven. Tezamen met sociaalpsychologisch georiënteerde psychiaters konden psychologen en maatschappelijk werkers in de jaren zeventig in veel psychiatrische ziekenhuizen hun stempel drukken op het behandelbeleid. Als niet-medici hadden psychologen en maatschappelijk werkers het maatschappelijk klimaat mee. De socio- en psychotherapeutische behandelmethoden waarmee zij zich profileerden waren vaak op groepen gericht en mede daarom zichtbaarder en toegankelijker dan de therapeutische activiteiten van psychiaters. Met name sociaalwetenschappelijk opgeleide medewerkers wezen verpleegkundigen op de noodzaak van een andere bejegening en behandeling van patiënten om tegemoet te komen aan hun belevingswereld en sociaal-emotionele behoeften. Het zou traditioneel, hiërarchisch ingestelde artsen en oudere verpleegkundigen ontbreken aan sociale vaardigheden.[2753]

Van groot belang was dat verpleegkundigen een substantiële rol kregen in de behandeling. In de jaren zeventig kwam in de psychiatrisch-verpleegkundige opleiding meer aandacht voor sociaalpsychologische en gedragstherapeutische vaardigheden. Psychiatrische verpleegkunde draaide niet langer alleen om de verzorging van, maar ook om de relatie en de communicatie met patiënten. Eerder hebben we gezien dat in het begin van de jaren zestig op initiatief van een aantal broeders in St. Willibrord, onder wie de opleider B-verpleging P. Stevens, nieuwe ideeën over de psychiatrische verpleging circuleerden.[2754] Actiegroep Willem, opgezet door leerling-verpleegkundigen van de Willem Arntsz Stichting, streefde in 1970 met succes naar een vernieuwing van de opleiding en humanisering en democratisering van de zorg. In de eerste helft van de jaren

---

[2751] Van Ommen 1988, 92.

[2752] Van Ommen 1988, 96-99. Voorbeelden van vernieuwingsgezinde of tolerante leidinggevende psychiaters waren J.C. Noordzij in Santpoort, J. van Baar in Huize Padua, F. van Ree in Vogelenzang, A Poslavsky in de Willem Arntsz Hoeve, J. Marlet in St. Anna in Venray en G. Mojet in Endegeest. Zie Vijselaar 1997d, 196; Wolf 1995, 28; Kuiper 1984, 376; Dankers en Van der Linden 1996, 103; Mens 2003, 221; Marlet 2005, 353-358; Blok 1998c; Van Ree 2007.

[2753] Van der Klis 1993; Bambang Oetomo 1970; Bambang Oetomo 1974; vergelijk Van Ommen 1988, 86-87.

[2754] Zie 3.4.5. Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde en 3.4.6. Het verpleegsterstekort.

zeventig werden wezenlijke veranderingen doorgevoerd in de opleiding. Niet alleen moesten de leerlingen leren reflecteren over hun eigen opstelling jegens groepen en later individuele patiënten en daarvan blijk geven in schriftelijke verslagen. Tevens verschoof het accent van medische en huishoudelijke zorgtaken naar gesprekstechnieken en andere sociale vaardigheden, waardoor zij door middel van groepsbegeleiding ook daadwerkelijk konden bijdragen aan de (sociotherapeutische) behandeling.[2755] Soms werden verpleegkundigen die therapeutische taken vervulden, zelfs lid van de therapeutische staf.

In de jaren zeventig kwam de B-opleiding sterk in het teken van een psychotherapeutisch en emancipatoir ethos te staan. Kritische verpleegkundigen speelden een belangrijke rol in de psychiatrische tegenbeweging en zij ventileerden hun opvattingen vaak in de media en *De Gekkenkrant*. Hun werk raakte vermengd met hun persoonlijke leven, in het bijzonder met het streven naar zelfbevrijding en emancipatie. De jongere generatie (leerling)verpleegkundigen verweet de oudere dat ze te weinig oog had voor de belevingswereld van de patiënten en de mogelijkheden om hun attitude en gedrag te veranderen. Veel ouderen daarentegen vonden dat de zorgtaken voor met name kwetsbare en chronische patiënten miskend werden. Overigens kwam een deel van de zorgtaken, zoals het schoonmaken en de voedselbereiding, in toenemende mate in handen van aparte civiele of huishoudelijke diensten, waardoor een deel van de traditionele werkzaamheden van de verpleging en ook van vrouwelijke patiënten verdween.[2756] De strikte leefregels die vanouds voor verplegenden golden, zoals de verplichting om intern in het ziekenhuis te wonen, werden versoepeld of afgeschaft. Dat kon overigens ook een vermindering van de persoonlijke betrokkenheid bij de patiënten met zich meebrengen. Evenals de introductie van de zakelijker bedrijfsvoering en de uitbesteding van huishoudelijke diensten, droeg het een en ander bij tot het verdwijnen van het autarkische gemeenschapsleven van de inrichting. Sommige patiënten betreurden dit: de zekerheid en veiligheid die zij ontleenden aan een stabiele, afgesloten leefomgeving kwam door de vele veranderingen vanaf de jaren zeventig op losse schroeven te staan.

De hiërarchische en rigide orde van het psychiatrische ziekenhuis stuitte op steeds meer weerstand. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig veranderden de onderlinge verhoudingen en omgangsvormen, waardoor het dagelijkse leven losser werd. De uiterlijke tekens van orde en hiërarchie, de uniformen van het verplegend personeel en de witte jassen van de artsen, verdwenen. Patiënten hoefden niet meer de grauwe, eenvormige gestichtskleding te dragen, maar kregen vanaf de jaren zestig, mede dankzij sociale uitkeringen, in steeds meer instellingen gelegenheid om hun eigen kleren te kopen. De strikte scheiding tussen de seksen, die in Wolfheze al in 1949 was doorbroken, werd in de loop van de jaren zestig en zeventig in vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen opgeheven. Door de afnemende afstand tussen artsen en het andere personeel en tussen behandelaars en patiënten werd de dagelijkse omgang informeler. De dwang en routine van het inrichtingssysteem maakten plaats voor overleg en onderhandeling. Het personeel kreeg zeggenschap en inspraak door middel van de invoering van ondernemingsraden en het werd bij de beleidsvorming betrokken. De autoritaire gezagsstructuur maakte plaats voor besluitvorming door middel van consensusvorming, wat de nodige overlegfora en vergadercircuits met zich meebracht. Huize Padua voerde naar het voorbeeld van het Joegoslavische model van

[2755] Blok 1998c, 203-206.
[2756] Van Els 2005, 223-224.

arbeiderszelfbestuur zelfs een radensysteem in om alle personeelsleden bij de besluitvorming te betrekken.[2757]

De democratisering van de interne verhoudingen in psychiatrische ziekenhuizen ging vaak met spanningen en soms met felle conflicten en geruchtmakende affaires gepaard. Deze werden mede in de hand gewerkt en op de spits gedreven door invloeden van buitenaf: de agitatie van de kritische beweging, de media-aandacht en politieke bemoeienis. Daarin raakten discussies over democratisering, de organisatie van de zorg en het therapeutische regime onontwarbaar met elkaar verstrengeld en gepolitiseerd. Enkele psychiatrische ziekenhuizen raakten hierdoor jarenlang ontregeld, maar de van buitenaf aangewakkerde beroering kon ook de aanzet geven tot vernieuwing.

Een van de psychiatrische inrichtingen die onder vuur kwam te liggen, was het St. Joris Gasthuis in Delft. Nadat de geneesheer-directeur, P. van Wirdum, in 1974 de verspreiding van *De Gekkenkrant* in zijn instelling had proberen tegen te houden, deed een ex-patiënte in het blad een boekje open over de 'wantoestanden' die in het gasthuis zouden heersen. Ook bracht *De Gekkenkrant* een zwartboek uit over St. Joris. De leefomstandigheden van de patiënten en hun behandeling lieten veel te wensen over, terwijl het personeel vaak zijn toevlucht zocht tot het opsluiten van lastige patiënten in de isoleercel. De leiding van de instelling zou zich schuldig maken aan machtsmisbruik. Vooral Van Wirdums biomedische oriëntatie moest het ontgelden. In het biochemisch laboratorium zouden patiënten dienen als proefkonijnen ten behoeve van een promotie-onderzoek van een van de medewerkers - een criminele praktijk volgens *De Gekkenkrant*. De beschuldigingen kregen aandacht van de landelijke pers en waren aanleiding tot vragen in de Delftse gemeenteraad, Provinciale Staten van Zuid-Holland en de Tweede Kamer. De golf van negatieve publiciteit liet Van Wirdum geen andere keuze dan ontslag te nemen. Een onderzoekscommissie stelde in 1977 vast dat hem ondemocratisch optreden viel te verwijten en dat onder zijn bewind de personeelsorganisatie en de behandeling van patiënten te kort schoten. Weggezet als autoritair representant van het medische model kon Van Wirdum op geen enkele steun meer rekenen en kreeg hij zelfs geen gelegenheid om zich te verdedigen. Het door hem opgezette laboratorium ten behoeve van farmacologisch onderzoek werd ontmanteld. In de daarop volgende jaren bleef het onrustig in St. Joris.[2758]

Ook het naburige Deltaziekenhuis bij Rotterdam ondervond in de tweede helft van de jaren zeventig de gevolgen van kritische bemoeienis van buitenaf. Het begon ermee dat de psychiater A. Rengelink, hoofd van de afdeling sociale psychiatrie van de GG en GD, in een commissie van de gemeenteraad het ziekenhuis afschilderde als een volstrekt verouderde, geïsoleerde, massale en hiërarchisch georganiseerde instelling, vol met chronische verblijfspatiënten en met een gebrek aan therapeutische faciliteiten. In een speciaal themanummer van *De Gekkenkrant* over het Deltaziekenhuis doemde eenzelfde beeld op. Tegelijkertijd kwam onder invloed van de antipsychiatrie, de kritische patiëntenbeweging, linkse sociale wetenschappers en welzijnswerkers en een groep ontevreden jonge verpleegkundigen een actiegroep, de Deltaploeg, in het geweer om vernieuwingen in de instelling af te dwingen. Door de uitgave van een eigen blad probeerde de groep steun vanuit de samenleving te genereren. Naar aanleiding van interne onenigheid tussen een psychiater en een psycholoog over de invoering van

[2757] Verbeek 1982; Wolf 1995, 28.
[2758] Slangen 1994, 170-174; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 139-140.

(groeps)psychotherapie en een therapeutische gemeenschap op de open afdeling voor neurotische en licht-psychotische patiënten, die een selectief opnemingsbeleid met zich mee dreigde te brengen, traden vernieuwingsgezinde personeelsleden naar buiten en deden ze hun beklag bij de gemeente, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de pers. Naar buiten toe werden de problemen afgeschilderd als een botsing tussen het autoritaire medische en het democratische sociale model.

Begin jaren tachtig zag het Deltaziekenhuis zich geconfronteerd met acties van de radicale en militante Werkgroep Psychiatrie Rotterdam die sluiting van het ziekenhuis - 'Delta Dicht' - en een alternatieve, in de maatschappij geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg voorstond. Met enig succes wist de werkgroep steun van de gemeente en de publieke opinie te mobiliseren. Zo kwam een wegloophuis tot stand dat tevens diende als actiecentrum. Het streven naar ontmanteling van het Deltaziekenhuis kon onder kritische hulpverleners overigens maar in beperkte mate op instemming rekenen: de meesten van hen vonden dat een vernieuwd ziekenhuis zeker bestaansrecht had. Het optreden van actiegroepen bracht wel met zich mee dat het gemeentebestuur een actief beleid ging voeren op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In 1982 presenteerde de wethouder een nota met een schets voor een grondige vernieuwing ervan: het Deltaziekenhuis zou moeten inkrimpen om deels plaats te maken voor kleinschalige klinische voorzieningen in de stad, beschermende woonvormen en ambulante voorzieningen. Het verzet van het ziekenhuis hiertegen was tevergeefs. Mede onder invloed van het landelijke beleid kon het niet anders dan de gemeentelijke nota onderschrijven en een nieuwe koers inslaan, waarin schaalverkleining, deconcentratie en gedeeltelijke extramuralisering van de zorg centraal stonden.[2759]

In Amsterdam deed de kritische psychiatrie zich eveneens krachtig gelden en daarvan zou vooral het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort de ingrijpende gevolgen ondervinden. Amsterdam was de thuisbasis van *De Gekkenkrant* en kritische patiëntenorganisaties als de Cliëntenbond en Pandora. Toen het provinciebestuur van Noord-Holland eind jaren zeventig plannen presenteerde om in Amsterdam drie nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen, deels ter vervanging van Santpoort, kwamen *De Gekkenkrant*, de patiëntenbeweging en het Wijkopbouworgaan Oud-West - de buurt waar een van de ziekenhuizen zou moeten verrijzen - in het geweer. Met steun van kritische hulpverleners, sociale wetenschappers en (ex-)patiënten ontwikkelden zij in 1982 een alternatief plan voor de vernieuwing van de Amsterdamse geestelijke gezondheidszorg op basis van kleinschalige, in de stad verspreide voorzieningen, een verschuiving van klinische zorg naar ambulante, sociaalpsychiatrische hulpverlening en een functionele scheiding tussen wonen, verzorgen, behandelen en beschermen.

Dit 'Amsterdamse model' kreeg instemming van de CPN-wethouder voor maatschappelijke en gezondheidszorg, T. van den Klinkenberg, en van de door linkse politieke partijen gedomineerde gemeenteraad. Vervolgens wist het gemeentebestuur, dat formeel weinig bevoegdheden had op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de provincie voor de plannen te winnen. In 1984 legden gemeente en provincie de uitgangspunten van het vernieuwingsbeleid in een samenwerkingsprotocol vast en gingen de betrokken instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in nauwe samenspraak met het Amsterdamse Platform GGZ, waarin de diverse actie- en belangengroepen zich

[2759] Vijselaar 1999a, 123-136, 140-147, 158-166.

hadden verenigd, zich bezighouden met de concrete uitwerking ervan. In 1987 verscheen het rapport *Het Amsterdamse Model*, de uitwerking van de gemeentelijke nota van 1983 door een commissie onder leiding van de hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam, B. Gersons. Kleinschalige voorzieningen als beschermende woonvormen, psychiatrische dienstencentra voor kortdurende opname en deeltijdbehandeling alsook wijkteams voor sociaalpsychiatrische ondersteuning en crisisinterventie zouden de zorg voor alle Amsterdamse patiënten van het Provinciaal Ziekenhuis moeten overnemen. De ingrijpende plannen stuitten op verzet in Santpoort en ze kwamen niet alle tot uitvoering zoals voorzien, maar uiteindelijk zouden ze wel leiden tot de volledige ontmanteling van het ziekenhuis - het enige in Nederland dat mede als gevolg van de invloed van de kritische psychiatrie - in 2002 - zijn deuren zou sluiten.[2760]

In Utrecht, waar een bruisende linkse protestcultuur bestond, richtte de kritische psychiatrie haar pijlen op de instellingen van de Willem Arntsz Stichting in de stad en in Den Dolder. Als gevolg van de steeds ingewikkelder organisatiestructuur van de Stichting, waaronder diverse, min of meer verzelfstandigde instellingen vielen, en de aanzwellende roep om democratisering deden zich vanaf het eind van de jaren zestig voortdurend bestuurlijke problemen voor. Een van de instellingen, de in 1969 verzelfstandigde afdeling voor verstandelijk gehandicapten Dennendal, werd begin jaren zeventig het middelpunt van felle conflicten, die zodanig escaleerden dat de regering zich in 1974 gedwongen zag om tot ontruiming van een paviljoen over te gaan en de bewoners tijdelijk elders onder te brengen. De Dennendal-affaire voltrok zich in een complex samenspel van een moeizaam intern hervormingsproces en invloeden vanuit de samenleving en bracht grote maatschappelijke en politieke commotie teweeg.[2761]

Aanvankelijk kreeg de directeur van Dennendal, de psycholoog C. Muller, brede steun vanuit de Willem Arntsz Stichting voor zijn streven om de medisch-psychiatrische benadering van zwakzinnigen en het gesloten inrichtingsregime te vervangen door een sociaalpedagogische aanpak in een open, in de maatschappij geïntegreerde leefgemeenschap. Vanaf 1970 ging Muller een stap verder. Verstandelijk gehandicapten moesten niet langer als zorgafhankelijke patiënten, maar op basis van gelijkheid als medemensen worden behandeld. Zij zouden niet minder, maar anders en in bepaalde opzichten zelfs beter zijn dan geestelijk gezonde mensen, aangezien zij hun ware zelf niet hadden onderdrukt ten behoeve van maatschappelijke aanpassing, maar een toonbeeld waren van authenticiteit en spontaniteit. In die zin was er heel wat van hen te leren: communicatie en identificatie met de verstandelijk gehandicapten zouden centraal moeten staan in de hulpverlening. Muller vond deskundigheid minder belangrijk dan persoonlijkheid, levenservaring, communicatieve vaardigheden en maatschappijvisie. Met de nieuwe personeelsleden die Muller als groepsleiders, activiteitenbegeleiders en creatief therapeuten aanstelde, waaronder dienstweigeraars, kwam de tegencultuur Dennendal binnen. De inrichting moest een informele, permissieve leefgemeenschap worden waar de bewoners - zowel de pupillen als de hulpverleners - de mogelijkheid kregen om zichzelf in alle vrijheid te ontplooien. Hiermee kwamen Muller en zijn aanhangers in conflict met verpleegkundigen die vonden dat de nieuwe benadering ten koste ging van de zorg en tot verwaarlozing leidde. Toen de *Telegraaf* in 1971 een artikel

---

[2760] Van Haaster en Van der Poel 1985; Schrameijer 1991; Van Eekhout 1991; De Natris 1991a; Dekker en Steeneveld 1991; Blok 1997d.

[2761] Over de Dennendal-affaire zie Dankers en Van der Linden 1996, 257-316 en Tonkens 1999, 101-185.

aan Dennendal wijdde waarin de indruk werd gewekt dat de inrichting was overgenomen door langharige hippies, die zich gezamenlijk met de verstandelijk gehandicapten overgaven aan drugsgebruik en vrije seks, ontstond de eerste crisis. De publiciteit leidde ertoe dat staatssecretaris Kruisinga van Volksgezondheid een commissie onder leiding van de psychiater N. Speijer een onderzoek liet uitvoeren. Deze verweet Muller eigengereid optreden en concludeerde dat de permissiviteit uit de hand was gelopen en verwaarlozing van pupillen met zich mee had gebracht. Daarop schorste het bestuur van de Willem Arntsz Stichting Muller en ook de geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve, Poslavsky, die eindverantwoordelijkheid droeg voor Dennendal. Dit riep echter zoveel protesten op vanuit de Willem Arntsz Hoeve en de samenleving dat het bestuur zich gedwongen zag af te treden, waarop het nieuwe bestuur Muller en Poslavsky in hun functie herstelde.

Het eerste Dennendal-conflict resulteerde in een overwinning voor Muller en zijn aanhangers. Gesterkt door sympathiebetuigingen vanuit de samenleving en steun van geëngageerde linkse intellectuelen, journalisten en politici gingen zij voortvarend door op de ingeslagen koers en joegen ze hun tegenstanders nog verder tegen zich in het harnas. Door conflicten rond nieuwbouwplannen, die in de ogen van Muller en de zijnen het verfoeide medische model weerspiegelden, alsmede door bestuurlijke problemen en onoverbrugbare persoonlijke tegenstellingen liepen de spanningen in en rond Dennendal in de loop van 1973 opnieuw op. Toen het bestuur in 1974 een geschil binnen de staf van Dennendal aangreep om Muller te schorsen, bezette hij samen met enkele volgelingen het directiekantoor, waarop de politie hem verwijderde en het bestuur hem op staande voet ontsloeg. Daarop gingen de 'Mullerianen' over tot bezettingsacties, de inrichting van een actiecentrum en de uitroeping van hun eigen Nieuw Dennendal met een eigen bestuur, waarin onder anderen de nieuw-linkse PvdA'ers B. Peper en P. Reckman alsmede de journaliste R. Rubinstein zitting hadden.

In de eerste helft van 1974 stond Dennendal in het middelpunt van de publieke aandacht, waardoor de tegenstellingen zich nog verscherpten. De affaire werd het brandpunt van heftige discussies tussen links en rechts over het ideeëngoed van de protest- en tegencultuur met betrekking tot democratisering, anti-autoritair verzet tegen de burgerlijke maatschappij, persoonlijke bevrijding en zelfontplooiing. Grote woorden werden daarbij niet geschuwd: aanhangers van Muller trokken vergelijkingen met de Tweede Wereldoorlog, met de verstandelijk gehandicapten in de rol van slachtoffers voor wie deportatie dreigde. Juist vanwege de symboolfunctie die Dennendal voor links vervulde en de verdeeldheid binnen de regering aarzelde het kabinet om in te grijpen en probeerde het maandenlang een compromis te bewerkstelligen. De PvdA-bewindslieden vreesden voor een aantasting van het progressieve imago van het kabinet. Na vier maanden van vruchteloos overleg, waarin de spanning in Dennendal door tal van incidenten verder opliep, ontruimde de politie in de zomer van 1974 met veel machtsvertoon een van de bezette paviljoens en werden de pupillen naar elders overgebracht.

Het waren niet zozeer de zorginhoudelijke hervormingen in Dennendal die tot de onoverbrugbare tegenstellingen leidden - voor een sociaalpedagogische benadering van en een open leefklimaat voor verstandelijk gehandicapten bestond brede steun - als wel de door de tegencultuur gevoede politisering ervan. Muller en de zijnen raakten omstreden omdat ze de zorgvernieuwing verbonden met en, in de ogen van de

tegenstanders binnen de Willem Arntsz Stichting, zelfs ondergeschikt maakten aan een radicale democratiserings- en zelfontplooiingsideologie. De controverse rond Dennendal raakte daardoor zwaar beladen met de ideologische tegenstellingen tussen progressief en behoudend Nederland. De ontruiming van Dennendal betekende niet dat wezenlijke veranderingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten werden teruggedraaid. Instellingen op dit terrein ontwikkelden zich in de loop van de jaren zeventig en tachtig steeds meer in de richting van open leefgemeenschappen, waarin geestelijk gehandicapten met de nodige (ortho)pedagogische ondersteuning werden gestimuleerd tot zelfstandigheid en contacten met de samenleving.

4.4. Patiënten, verpleging en behandeling

4.4.1. *'Beelden van doorbraak en triomf van de geest'*

In 1969 werd Jan ter Veld opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk bij Ermelo.[2762] Zijn huisarts had daartoe besloten omdat de achttienjarige Jan zich voor anderen afsloot en nauwelijks communiceerde. Deze verwachtte binnen afzienbare tijd genezen te worden. 'Dat soort ideeën had ik bij de psychiatrie,' aldus Ter Veld, 'beelden van doorbraak en triomf van de geest en dan opgelucht naar huis.'[2763] Dat pakte anders uit. Ter Veld verbleef drie jaar in Veldwijk, dat volgens hem veel weg had van een kazerne. Tijdens zijn verblijf sprak hij nauwelijks met een psychiater. Ter Veld zou aan een depressie lijden en kreeg daarvoor psychofarmaca, te weten Tofranil, Librium en Temesta, voorgeschreven. Vanwege hinderlijke bijwerkingen - Ter Veld kon naar eigen zeggen niet meer helder denken en hij verloor de controle over zijn spieren - hoefde hij deze na enige tijd niet meer te slikken. Verder bestond de behandeling voornamelijk uit bezigheids- en creatieve therapie.

> Het hield in dat je kunstzinnig met klei kon werken, een tekening maken of wat tikken op een typemachine. […] Het was een dagelijks opgevoerd toneelstukje, waarin mensen deden alsof ze met plezier weer op de kleuterschool zaten, omdat het hen beter zou maken. Het meest gekke is nog dat de hulpverleners werkelijk leken te denken dat het helpt.[2764]

Verder was het bestaan in Veldwijk uitermate gereguleerd. Op een bord in het kantoortje van de verpleegkundigen werd precies bijgehouden over welke vrijheden iedere patiënt beschikte, al naar gelang hun gedrag. Het dagelijks leven verliep volgens een vast, voorspelbaar ritme.

> Het hield in dat alle banale dingen die mensen gewend zijn te doen, zoals eten koken, schoonmaken en kleding wassen, geheel worden overgenomen door het ziekenhuis. Ze bepaalden alle essentiële keuzes: hoe laat je opstaat, of je eet, wat je eet, wanneer je gaat douchen, hoe laat je recreatief moet worden, enzovoorts. De macht over de persoon werd toegeëigend en verkocht als therapie. Je hoefde er alleen in mee te gaan om alles geheel automatisch te laten verlopen.[2765]

Het enige waar Ter Veld wel het nut van inzag waren groepsgesprekken onder leiding van een psycholoog, die in Veldwijk nogal uit de toon viel omdat hij zijn kinderen anti-autoritair opvoedde. 'Die inkijkjes in de persoonlijke levens van mensen vond ik heel interessant, daar heb ik veel aan gehad.'[2766] Hij begon zich af te vragen waarop de diagnose geestesziekte eigenlijk was gebaseerd. Was de scheiding tussen gezond en ziek wel te rechtvaardigen? Wat was het bestaansrecht van de psychiatrie eigenlijk? Ter Veld ging zich in psychologie verdiepen en las op een gegeven moment over de therapeutische

---

[2762] Dit portret is gebaseerd op een interview van M. Louter met Ter Veld. Louter 2005, 89-101.
[2763] Louter 2005, 89.
[2764] Louter 2005, 90.
[2765] Louter 2005, 91.
[2766] Louter 2005, 92.

gemeenschap De Viersprong in het Brabantse Halsteren. Dat wilde hij wel eens uitproberen. De staf van Veldwijk gaf toestemming en Ter Veld mocht zes weken op proef naar De Viersprong.

Het verschil met Veldwijk was groot. In de Viersprong waren de bewoners zelf verantwoordelijk voor hun dagelijks leven, ze moesten zelf hun probleem formuleren en 24 uur per dag aan de oplossing werken. De patiënten, die selectief werden toegelaten en vooral aan neurotische of ontwikkelingsstoornissen leden, kregen geen medicijnen voorgeschreven; die zouden schadelijk zijn.

> Het idee was dat neurotische mensen onder druk van de samenleving niet in contact zijn gekomen met hun vrije ik. […] Om het op te lossen, moest je […] tot gedragsverandering komen. […] dus niet vluchten maar nu intensief op elkaar in blijven gaan en als je kwaad was, dat uiten door nu te schreeuwen of te gooien en noem maar op, dat werd heel erg aangemoedigd. De sfeer werd bewust zo gecreëerd dat er zo veel mogelijk emoties naar buiten konden komen.[2767]

Naast creatieve therapie, waarbij de gemaakte tekeningen en schilderijen minutieus werden geanalyseerd, bestond de behandeling uit psychodrama - 'met veel geluid en geschreeuw' op kussentjes slaan en veel gehuil -, groepstherapie en individuele psychotherapie. Ter Veld vond het allemaal 'heel mooi en interessant', maar tegelijkertijd 'ook heel zwaar'.[2768]

> Alles was therapie, zelfs als je gewoon een boterham at. Alles werd geduid. […] Het zwaarst waren de een-op-een gesprekken met de therapeut. Hij zat mij met zijn armen over elkaar, achterovergeleund, minzaam aan te kijken. Hij zei eigenlijk geen woord maar pakte wat ik zei op en speelde het weer terug. Na een tijd wederzijds zwijgen, herinner ik me dat ik eens begon te vertellen waar ik mee worstelde. Dat mijn gevoeligheid voor de reacties van anderen wellicht stamde uit de tijd dat ik op school geplaagd werd om de kleding die ik droeg. Hij zei toen: 'Mmm, wat een raar truitje heb je nu aan.' Ik wist niet wat hij daar mee bedoelde, waarop het gesprek doodviel.[2769]

Desondanks wilde Ter Veld graag in De Viersprong blijven, maar hij doorstond de proeftijd niet. Aangezien hij niet met de anderen meedronk als er 's avonds bier op tafel kwam - hij gaf de voorkeur aan chocolademelk - zou hij lijden aan een dwangmatige neiging om alles onder controle te houden, waardoor de toegang tot zijn onderbewuste werd belemmerd. 'Mislukt in de groep, heette het. Omdat het op proef was, kon ik weer terug naar Veldwijk.'[2770] Achteraf zag Ter Veld ondanks alle verschillen een overeenkomst tussen Veldwijk en De Viersprong:

> De Viersprong was totaal anders dan Veldwijk. Maar ook hier werd een oplossingsgerichte sfeer en doctrine aanvaard, haast als een sekte. Alles wat

[2767] Louter 2005, 94.
[2768] Louter 2005, 93.
[2769] Louter 2005, 95.
[2770] Louter 2005, 96.

> buiten jezelf lag, alles wat met samenleving te maken had, moest worden losgelaten. Ze richtten zich alleen op wat er in de persoon zelf gebeurde, alsof deze losstond van zijn omgeving en geheeld kon worden buiten die omgeving om. Wilde je enige aansluiting hebben in de groep, dan moest je hier in meegaan.[2771]

In Veldwijk had de psycholoog inmiddels een experimentele afdeling opgezet, waar hij de 'Transactionele Analyse' toepaste, met veel nadruk op communicatie en rollenspelen en eindeloze groepsgesprekken. Ter Veld ging steeds meer twijfelen aan de werkzaamheid van psychiatrische behandeling, vooral nadat vijf medepatiënten zelfmoord hadden gepleegd en hij kennis maakte met antipsychiatrische publicaties.

> Ik zag dat ik echt niet verder kwam, of het zou ook mijn dood moeten worden. Ik las bij Foudraine dat mensen geen voorwerpen waren, bij Szasz over het fenomeen uitsluiting. Als ik wilde blijven leven, zou ik mijn eigen krachten moeten vinden. Ik ging 'nee' zeggen.[2772]

Ter Veld verliet Veldwijk en wist een eigen, hoewel wel wat eenzaam, bestaan op te bouwen. Nog één keer kwam het zover dat hij moest worden opgenomen, dit keer in de Jelgersmakliniek die onder leiding stond van Bastiaans. Hij verbleef in 1973 elf maanden in deze, naar zijn zeggen, 'beetje intellectuele kliniek'.[2773] Vooral de psychiaters-in-opleiding die hier stage liepen, zorgden voor 'een verfrissende invloed'.

> Ook in de Jelgersma waren er afdelingen waar je kon kleien en schilderen, dat was de basis. Verder werden veel zaken weer voor je geregeld, zoals opstaan, eten klaar maken, waarna het tijd was voor je werk ofwel de therapie. Maar het was niet zo zwaar opgezet en er was veel ruimte om je eigen gang te gaan. Wel was er weer medicatie en het probleem dat ik gevangen zat achter een gesloten deur. Ik kreeg gesprekken met heel diverse psychiaters in opleiding, die mild waren: niet dat er van alles moest gebeuren of bereikt worden, meer een uitwisseling van dingen. Het kwam heel vrijblijvend over.[2774]

Ter Veld was onder de indruk van Bastiaans - 'een hele grote man van het ruw geborstelde type' die in de kliniek 'als een goeroe rondliep' - die in colleges voor personeel en patiënten uitlegde hoe mensen volgens hem in elkaar staken.[2775] Bastiaans behandelde door de oorlog getraumatiseerde mensen met LSD en psychotherapie. Een dergelijke behandeling werd ook bij Ter Veld overwogen: aangezien hij tijdens zijn lagere schooltijd voortdurend was gepest zou hij ook een soort oorlogstrauma hebben opgelopen. Bij nader inzien achtten de behandelaars de risico's toch te groot en zagen ze ervan af. Hij verliet de Jelgersmakliniek met een arbeidsongeschiktheidsverklaring waardoor hij een WAO-uitkering kreeg. Bastiaans nam persoonlijk contact op met Ter Velds woongemeente om een woning voor hem te regelen.

[2771] Louter 2005, 95.
[2772] Louter 2005, 98.
[2773] Louter 2005, 98.
[2774] Louter 2005, 99.
[2775] Louter 2005, 99.

Met Ter Veld ging het verder niet slecht. Hij volgde het avondatheneum en zette zelfs een succesvolle videotheekketen op. Door zijn betrokkenheid bij de opzet van een 'inloophuis' voor psychiatrische patiënten bleef hij in contact met lotgenoten en kon hij zijn kritiek op de psychiatrie een constructieve wending geven.

> Daar worden geen problemen verzonnen waar ze vanaf moeten worden geholpen. Ik kom daar graag en ik ben ook aan veel misvattingen van deze samenleving gaan wennen. Maar waar ik nooit aan zal wennen, is dat de psychiatrie geen oog heeft voor wat in de samenleving geknakte mensen werkelijk zou helpen. Namelijk gewoon contact, natuurlijk contact. Zonder bijbedoelingen, zonder therapeutisch model waarin mensen ingepast moeten worden.[2776]

Ter Veld was een zelfbewuste patiënt die vraagtekens plaatste bij de routines van het psychiatrisch ziekenhuis en die zelf met het voorstel kwam om hem naar De Viersprong over te plaatsen. Hij verdiepte zich in psychologie en las antipsychiatrische publicaties. Wat in zijn verhaal ook opvalt is dat oude en nieuwe therapeutische regimes naast elkaar bestonden en dat psychiatrische instellingen onderling nogal verschilden. In De Viersprong kreeg hij te horen dat de wijze waarop hij in Veldwijk was behandeld, 'misdadig' was. [2777] Het leefklimaat in de Jelgersmakliniek was veel losser en veel minder verplichtend dan in Veldwijk en De Viersprong.

Ook andere patiënten deden dergelijke ervaringen op. Constance H., bijvoorbeeld, die met 'eetproblemen' worstelde, meldde zich rond 1977 aan bij de psychotherapeutische gemeenschap Veluweland te Ederveen bij Veenendaal waar ze in dagbehandeling kwam: naast creatieve therapie bestond die vooral uit therapeutische groepssessies en individuele gesprekken. Verder werden haar familieleden bij de behandeling - gezinstherapie - betrokken. Dit alles bood naar haar gevoel echter geen soelaas. Via een verwijzing van haar huisarts werd ze vervolgens in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Utrecht opgenomen. Dat was heel wat anders dan Veluweland.

> Het AZU anno 1978 was een macaber oud gebouw in de binnenstad. […] Eenmaal daar gaf een verpleegkundige me de huisregels en een rondleiding. Aan een centrale gang lagen Vrouwen 1 en 2, ofwel de open en gesloten afdeling. Verderop waren afdelingen voor de mannen. Ik kwam op de open te liggen, maar je hoorde het geschreeuw en gebonk vanaf de gesloten kant. Ik kende allerlei spookverhalen over psychiatrische ziekenhuizen, dat er psychopaten ronddwalen die mensen aanvliegen, en als je hoort hoe iemand tegen een deur trapt en schreeuwt: 'Ik wil eruit!' Dat klinkt heel bedreigend.
> De slaapzaal was heel vreemd in tweeën gedeeld door een glazen wand. In elk deel stonden twaalf ijzeren bedden met grauwe dekens, zes tegen de muur en zes tegen die glazen wand, zodat je zo in elkaars bed kon kijken maar elkaar niet aanraken. Tussen de bedden zaten schotjes en nachtkastjes. Behalve de hele ernstige gevallen lag alles dwars door elkaar, kort- en langdurig en alle mogelijke ziektebeelden. Het ging officieel door voor een PAAZ, maar het was zeker niet

[2776] Louter 2005, 100-101.
[2777] Louter 2005, 93.

> progressief, qua aanpak leek het meer op een oud gesticht. Wel droeg iedereen gewoon zijn eigen kleren.[2778]

Behalve uit medicijnen, die na iedere maaltijd werden uitgedeeld, bestond de behandeling uit arbeidstherapie, creatieve therapie en 'sociogroep'.

> Wekelijks was er ook creatieve therapie van een beetje een wazige, wat excentriek geklede figuur met een baardje. Hij was controversieel, want hij benaderde je heel direct en verbond verklaringen aan wat je geschilderd had, heel gedetailleerde duidingen van alle keuzes die je wel en niet gemaakt had. Volgens hem had ik moeite om mezelf bloot te geven. […]
> Verder was er drie keer in de week sociogroep […] Met twee verpleegkundigen kon je daar onderlinge problemen bespreken, als je je aan iemand ergerde bijvoorbeeld. Het was een beetje therapie-achtig, in de zin dat het aan je eigen initiatief werd overgelaten of je ging praten. Dus je kon heel lang je mond houden voordat je daarop werd aangesproken. Eén keer in de week zaten er ook stafleden bij, waarmee je meer praktische zaken kon bespreken, over de vieze toiletten en zo, dat was meer een klachtenuurtje.[2779]

Met de vrouwelijke psychiater in opleiding met wie Constance H. gesprekken voerde, klikte het goed. Zij had het gevoel dat deze naar haar luisterde en zich in haar verplaatste. Toen die werd vervangen door een mannelijke arts-assistent, die haar veel afstandelijker bejegende, klapte ze weer dicht. Aangezien haar psychiater vond dat zij gehospitaliseerd dreigde te raken, werd zij met de diagnosen angststoornis, schizotypische persoonlijkheid en anorexia uit de Utrechtse kliniek ontslagen.

Nadat ze haar heil bij een 'bio-energeticus' en een psychiater op de Vrije Universiteit had gezocht, kwam Constance H. in 1985 in de Ursulakliniek in Wassenaar terecht. Deze instelling was gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen.

> De Ursula was een openbaring. Het was een nieuw gebouw, mooi gelegen in de bossen van Wassenaar, met een gezellige huiskamer, comfortabele één- en tweepersoonskamers, alles fris opgeschilderd met luie stoelen en huiselijke dingetjes aan de wand. Het intake-gesprek gaf al zo veel herkenning. De verpleger wist precies waar ik het over had, ook dingen waar ik niet over durfde te praten, voelde hij voor me aan. Het systeem van de Ursula was keihard, maar het werd inzichtgevend en sympathiek gebracht.[2780]

Het beviel haar goed in deze kliniek, maar na zes maanden kreeg ze te horen dat ze niet langer kon blijven en dat haar psychische stoornissen dusdanig ernstig waren dat zij een intensieve behandeling in een therapeutische gemeenschap nodig had. Constance H. verhuisde daarop naar Santpoort om in de therapeutische gemeenschap Rijnland opgenomen te worden. Haar eerste indrukken van Santpoort waren niet opwekkend.

[2778] Louter 2005, 117.
[2779] Louter 2005, 119.
[2780] Louter 2005, 122.

> De gebouwen leken stokoud, met weer van die hoge lange gangen en zalen, waar je eindeloos kon dwalen. Vergeleken met de Ursula was de opzet veel massaler en waren de ruimtes grauw en onvriendelijk, eigenlijk stond het me vanaf het begin tegen. Iedereen had vaste plaatsen en nieuwkomers kregen het bed dat was overgebleven. In mijn geval was dat bij drie of vier andere vrouwen, met als privacy een schotje.[2781]

De sociotherapie die zij hier kreeg was intensiever en ging dieper dan alle behandelingen die Constance H. voorheen had ondergaan. Vooral met psychodrama ging het er heftig aan toe. Veel hing af van het eigen initiatief. Patiënten moesten voortdurend doelen stellen, aan zichzelf werken en daarover verantwoording afleggen. 'Iedereen zat er toch op te wachten dat je veranderde. Als dat niet merkbaar was, kreeg je het te horen.'[2782] Alles diende in de groep besproken te worden; individuele gesprekken, waaraan Constance H. behoefte had, wezen de sociotherapeuten af. Zij werd er alleen maar nog angstiger door dan ze al was. Een medepatiënt, met wie ze wel contact kreeg en over zelfmoord sprak, voegde de daad bij het woord. Na een jaar was duidelijk dat zij niet beter werd in de therapeutische gemeenschap. Ze kreeg zelfs te horen dat deze slecht voor haar was en dat zij daar nooit opgenomen had mogen worden. Het was beter dat zij enkele jaren helemaal niet in behandeling ging om tot rust te komen en 'een beetje te normaliseren'.[2783]

Constance H. woonde de tien jaar daarop thuis behoudens korte opnamen in een crisiscentrum. In 1996 ging het weer mis en werd zij vanwege zelfmoordneigingen op de gesloten afdeling van het Utrechtse Willem Arntsz Huis opgenomen.

> Ik kwam op B4-achter, de gesloten opnameafdeling en daar had je het bekende beeld van heel veel afgesloten ruimtes en verpleegkundigen die met rammelende sleutels door de gang lopen. Op het eerste gezicht zag het er vrij grimmig uit, haveloze grauwe verf en een beetje viezig allemaal, zeker de toiletten. De slaapzalen varieerden van vier tot zes bedden, met alweer die schotjes ertussen. […]
> De therapie leek haast te zijn afgeschaft in de negentiger jaren, er was niets aan arbeidstherapie en een rustig halfverplicht programma met een paar dingetjes, tekenen of een uurtje psychomotorische therapie, ze vonden het al snel te zwaar. Er was ook weinig personeel voor. […]
> Het meest heb ik daar aan de verpleegkundigen gehad. Ze luisterden en kwamen met opmerkingen waar ik echt iets mee kon, omdat ze persoonlijk op mij waren toegesneden. Verpleegkundigen bagatelliseren vaak hun eigen kunnen, de psychiaters zijn immers de echte experts want die hebben gestudeerd. Maar psychiaters dienen alleen om in een uurtje of wat je diagnose te stellen, en je geprotocolliseerde medicatie en therapie voor te schrijven. […] Terwijl de verpleegkundigen dagelijks dicht boven op je zitten, waardoor ze zicht hebben op wat goed voor je is en wat niet.[2784]

[2781] Louter 2005, 123.
[2782] Louter 2005, 125.
[2783] Louter 2005, 126.
[2784] Louter 2005, 126.

Constance H. had wel langer in het Willem Arntsz Huis willen blijven, maar het ging om een crisisopname en na vier weken moest ze weer naar huis. Een jaar later werd ze nog een keer opgenomen, maar verder redde zij het met de nodige medicatie thuis.

Evenals in de egodocumenten van psychiatrische patiënten die in de jaren zeventig verschenen, klinken in de persoonlijke verhalen van Ter Veld en Constance H. voor de jaren zeventig typerende geluiden door.[2785] Of zij zelf representatief waren voor de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen in de jaren 1965-1985 kunnen wij moeilijk nagaan. Wat de kenmerken daarvan betreft beschikken wij slechts over de globale gegevens van het *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Hiervoor is reeds aangegeven dat het aantal opnamen en ontslagen en derhalve ook de doorstroming sterk toenamen. Tussen 1978 en 1984 daalde de gemiddelde verblijfsduur van de patiënten die al dan niet genezen het ziekenhuis verlieten, van negen naar vijf maanden en werd tachtig procent van de opgenomen patiënten binnen een half jaar weer ontslagen.[2786]

Via welke instanties kwamen zij in het psychiatrisch ziekenhuis terecht? De meesten waren door een SPD verwezen, maar de betrokkenheid van deze ambulante instelling liep tussen 1970 en 1985 wel terug van 47 naar 35 procent van het totaal aan verwijzingen. Ook het aandeel daarin van vrijgevestigde zenuwartsen en psychiaters kromp en wel van krap 19 naar nog geen 3 procent. Poliklinieken gingen wat dit betreft een steeds grotere rol spelen. Hun aandeel steeg van 5 naar 14 procent, terwijl dat van huisartsen stabiel bleef op 18 à 19 procent.[2787]

De gemiddelde leeftijd van nieuw opgenomen patiënten daalde licht van 44 naar 43 jaar en onder hen waren, absoluut gezien, twintigers en dertigers het sterkst vertegenwoordigd. In relatieve zin, dat wil zeggen afgezet tegen hun aandeel in de totale Nederlandse bevolking, hadden zeventig-plussers de grootste kans om in een psychiatrisch ziekenhuis terecht te komen.[2788] Vrouwen waren licht oververtegenwoordigd, zowel onder de nieuw opgenomen patiënten als onder de ziekenhuisbevolking als geheel. Daarentegen overtrof onder de jongere patiënten, die tussen twintig en veertig jaar, het aantal mannen dat van vrouwen.[2789] Onder de nieuw opgenomen patiënten vertoonde het aandeel van de gehuwden een aanzienlijke teruggang van bijna 48 naar 32 procent en dat van de niet-gehuwden (ongehuwde, gescheiden en verweduwde mensen) een sterke aanwas van 52 tot 68 procent. Deze stijging kwam voor een groot deel voor rekening van gescheiden mannen. Afgezet tegen hun aandeel in de

---

[2785] Zie 4.2.2. De psychiatrie onder vuur; Parabirsing 2003.

[2786] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6.

[2787] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16-17; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18.

[2788] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 11-12; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18.

[2789] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 7, 9, 11; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5, 7.

bevolking als geheel was het aandeel van gescheiden patiënten zes tot zeven keer zo groot als dat van gehuwden en andere ongehuwden.[2790]

Wat de diagnosen van nieuw opgenomen patiënten betreft vertoonden de 'dementieën', 'andere organische aandoeningen' en 'oligofrenieën' (verstandelijke handicaps) een dalende tendens. Bedroeg hun aandeel in 1970 nog respectievelijk 10, 7 en 2,5 procent, in 1984 was dat respectievelijk 5, 3 en 1 procent. Het aandeel van de 'zuiver' psychiatrische stoornissen (psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen) gaf in de jaren zeventig een toename te zien van 72 naar 77 procent, om vervolgens in de eerste helft van de jaren tachtig weer te dalen tot ongeveer 70 procent. Verslaafden vormden een steeds groter deel van de nieuwe patiënten, in 1970 ruim 8 en in 1984 bijna 13 procent. Opvallend is het sterk oplopende aandeel van de neurosen - van zo'n 11 tot 20 procent - onder de nieuw opgenomen patiënten in de jaren zeventig. Vrouwen waren hierbij, evenals bij de 'affectieve psychosen', oververtegenwoordigd. Voor mannen gold dat bij 'schizofrenieën', 'verslavingen' en 'persoonlijkheidsstoornissen'. Over het algemeen kunnen we spreken van een bestendiging van de in de jaren vijftig en zestig voltrokken 'psychiatrisering' van het patiëntenbestand, maar dat nam niet weg dat er in de jaren zeventig nog altijd een aanzienlijk aantal verstandelijk gehandicapten en lijders aan dementie en 'andere organische aandoeningen' in psychiatrische ziekenhuizen verbleven. Terwijl lijders aan schizofrenie, ondanks een daling van hun aandeel van ruim 40 naar ruim 33 procent, de grootste diagnostische categorie onder de langer opgenomen patiënten bleven, kwamen verstandelijk gehandicapten op de tweede plaats, hoewel hun aandeel ook afnam, en wel van 19 procent tot ruim 13 procent. Het percentage van de mensen met dementie (7) en 'andere organische aandoeningen' (tussen 7 en 9) bleef stabiel.[2791]

4.4.2. *De rechten van de patiënt*

Tezamen met de groeiende invloed van de kritische patiëntenbeweging bracht de democratisering van het psychiatrisch ziekenhuis een verandering teweeg in de bejegening van patiënten en hun rechtspositie. Door de informalisering van de omgangsvormen verminderde de afstand tussen personeel en patiënten.[2792] Het sociaal-psychologische behandelethos accentueerde het belang van hun belevingswereld en hun uitingen. Er werd meer dan voorheen met patiënten gecommuniceerd en ze kregen gelegenheid om hun opvattingen over de gang van zaken in het ziekenhuis te ventileren in gemeenschappelijke staf-patiëntvergaderingen, in patiënten- of bewonersraden en soms in eigen periodieken.[2793] In Brinkgreven werd in 1966 op enkele afdelingen een begin gemaakt met het houden van groepsbesprekingen van patiënten en verpleegkundigen. In 1970 volgde de invoering van de zogenaamde open rapportage: het

---

[2790] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 12; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5.

[2791] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 29; vergelijk Vijselaar s.a. [1982].

[2792] Wouters 1990.

[2793] Bakker 2002e, 262. Zie verder over de rechtspositie van psychiatrische patiënten: Laurs 1988; Legemaate 1991; Berghmans 1992.

voorlezen van verpleegkundige rapportages over patiënten in de groep, een primeur in Nederland.[2794] Deze, door behandelaars ingevoerde, vernieuwingen waren bedoeld om openheid en bespreekbaarheid te bewerkstelligen. Voor zover patiënten zich begonnen te roeren begon dat vaak met klachten over dagelijkse dingen, zoals het eten of het strenge leefregime.[2795]

Patiënten kregen enige zeggenschap en inspraak: in de loop van de jaren zeventig kwamen in vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen, te beginnen met Coudewater in 1970, gekozen patiënten- of bewonersraden tot stand - in 1977 waren er 35[2796] - die in 1975 een landelijk forum kregen met de Landelijke Patiëntenraaddagen en die zich in 1981 verenigden in de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden. Daarnaast kwamen er klachtencommissies en -bureaus en ombudsmannen in psychiatrische ziekenhuizen. Vanaf 1982 werden er Patiëntenvertrouwenspersonen aangesteld, bij wie patiënten te rade konden gaan en klachten konden indienen. Deze functionarissen waren in dienst van de onafhankelijke door de Nationale Ziekenhuisraad, de Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden gedragen Stichting Patiëntenvertrouwenswerk Geestelijke Gezondheidszorg.[2797] Hoewel niet alle ziekenhuisdirecties deze bemoeienis van buitenaf toejuichten, omdat ze vreesden dat de verhouding tussen behandelaar en patiënt verstoord raakte, werd de aanstelling van een patiëntvertrouwenspersoon in 1985 verplicht gesteld.[2798] Meer in het algemeen verbeterden de leefomstandigheden van veel patiënten, vooral door de schaalverkleining van de huisvesting, waardoor de leefgroepen kleiner werden en verblijfsafdelingen meer privacy toelieten.[2799] Overigens bleven de daadwerkelijke verbeteringen vaak achter bij de verwachtingen: zoals we hebben gezien werd in de tweede helft van de jaren zeventig geconstateerd dat de huisvesting van veel psychiatrische patiënten te wensen overliet.

Zowel de overheid als de kritische beweging streefden naar een verbetering van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt. Daarbij ging de aandacht aanvankelijk vooral uit naar de door velen als verouderd beschouwde Krankzinnigenwet van 1884. Al in 1955 was er een nieuw wetsontwerp opgesteld, maar dit belandde in de la. Nadat in 1970 de procedure met betrekking tot de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling was gewijzigd - patiënten kregen het recht om, als zij dat wilden, door de rechter gehoord te worden, tenzij dit vanwege hun geestelijke toestand niet mogelijk of medisch onverantwoord was - diende de regering in 1971 een wetsontwerp in bij de Tweede Kamer ter vervanging van de Krankzinnigenwet.[2800] Dit Wetsontwerp Bescherming Geestelijk Gestoorden[2801], dat in 1971 de benaming Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) kreeg, bevatte nieuwe regels met betrekking tot dwangopnamen in psychiatrische ziekenhuizen, waaraan begin jaren tachtig

---

[2794] Hogenstijn 2004, 107-108; Van der Klis 1993; Blok 2004.
[2795] Louter 2005, 134-135.
[2796] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 137; Blok s.a.b [1999], 52; Blok 2004, 143.
[2797] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 2; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 72; Van der Reijden 1984, 17-18; Bakker 2002e, 262.
[2798] Huiskes en Van der Kroef 2002, 55-56.
[2799] Blok 1998d, 253; vergelijk Van Jaarsveld 2005, 414.
[2800] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 26-27, 29-30; Legemaate 1992; Lucieer 2005, 66, 78. Kortmann (1996, 145) beweert dat in 1970 het bestwilcriterium al werd vervangen door het gevaarscriterium als het om inbewaringstelling ging.
[2801] Slijkhuis 1996, 11.

verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten werden toegevoegd. Terwijl volgens de oude Krankzinnigenwet dwangopname de regel en vrijwillige opname de - later toegevoegde - uitzondering was, gold het omgekeerde in het nieuwe wetsontwerp. De belangrijkste verandering hield in dat het bestwilargument niet meer gold als legitimatie voor dwangopname en dat het gevaarscriterium centraal kwam te staan. Terwijl de Krankzinnigenwet bepaalde dat geesteszieken onvrijwillig mochten worden opgenomen als artsen en rechters oordeelden dat verpleging en behandeling hun eigen belang dienden, was dwangopneming volgens de BOPZ alleen toegestaan als zij vanwege hun geestesstoornis een gevaar vormden voor zichzelf of anderen. Verder was de rechter voortaan verplicht om de onder dwang opgenomen patiënt, of diens vertegenwoordiger of raadsman, te horen en kregen de laatsten het recht om tegen de beslissing van de rechter in beroep gaan, desnoods tot aan de Hoge Raad.[2802] Deze nieuwe regels betekenden geen fundamentele breuk met het uitgangspunt dat al sinds 1841 aan de Nederlandse krankzinnigenwetgeving ten grondslag lag. Daarin had niet de arts, maar de rechter immers formeel het laatste woord over dwangopnemingen. Om de rechten van geesteszieken te waarborgen was de besluitvorming over dwangopnemingen in handen gelegd van de onafhankelijke rechter en deze lijn werd met het wetsontwerp BOPZ alleen maar versterkt. Hiermee week Nederland in Europa samen met onder andere Duitsland en België af van landen als Engeland, Frankrijk en Zwitserland, waarin de geneeskundige verklaring de doorslag gaf bij dwangopnemingen.[2803]

Het eerste wetsontwerp van 1971 riep veel kritiek op van het parlement en van de patiëntenbeweging, omdat daarin de belangen van patiënten onvoldoende tot hun recht zouden komen. Nadat de regering in 1976 een gewijzigd wetsontwerp aan de Tweede Kamer had voorgelegd, werd het in 1984 aangenomen. Tot een uitvoering van de nieuwe wet kwam het echter nog niet, omdat er problemen rezen in verband met de toepassing ervan op verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De vrees ontstond dat de rechterlijke macht overbelast zou raken vanwege het hoge aantal benodigde rechterlijke machtigingen. Voor de laatste twee soorten instellingen werd in een gewijzigd en in 1989 ingediend wetsontwerp een procedure buiten de rechter om, namelijk beoordeling door een indicatiecommissie, ingevoerd. De BOPZ verscheen in 1992 in het *Staatsblad* en werd in 1994 van kracht.[2804]

Deels weerspiegelde de nieuwe wet een al veranderde praktijk. Zowel de vervanging van het bestwilargument door het gevaarscriterium als de hoorplicht kregen in feite al voor de daadwerkelijke invoering van de BOPZ door middel van internationale en nationale jurisprudentie rechtsgeldigheid. Enkele patiënten deden met succes een beroep op de *habeas corpus*-bepaling van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (1950), dat onvrijwillige vrijheidsberoving alleen toestaat als deze gewaarborgd wordt door rechtsregels en beroepsmogelijkheden. Zo diende een patiënt die in 1968 met een rechterlijke machtiging

---

[2802] Legemaate 1992; Kampen en Van Ewijk 1997; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 170.
[2803] Legemaate 1992.
[2804] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 7; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Laurs 1988, 47-50, 66-67, 80-101; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 15-16; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 13, 25-28; Lucieer 2005, 66-67.

in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen en keer op keer tevergeefs om ontslag had verzocht, in 1979 een klacht hierover in bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens.[2805] Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens kwam tot het oordeel dat het habeas corpus-principe was geschonden omdat de rechtmatigheid van de opname niet naar behoren door de rechter was getoetst. Ook patiënten die er bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens over klaagden dat zij bij de afgifte van een rechterlijke machtiging voor hun dwangopneming niet door de kantonrechter waren gehoord, werden in het gelijk gesteld.[2806] De rechter kon zich niet meer beperken tot het fiatteren van de medische verklaring, maar diende de patiënt te horen en diens individuele vrijheidsrechten in zijn oordeel te betrekken. De Hoge Raad bepaalde in 1982 dat een ontslagverzoek alleen door de rechter mocht worden afgewezen als er bij invrijheidstelling sprake zou zijn van een gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Deze uitspraak, die de Hoge Raad enkele keren bevestigde, bezegelde de verschuiving van het bestwil- naar het gevaarscriterium.[2807] Verder was de bepaling in de Krankzinnigenwet dat opname met een rechterlijke machtiging automatisch leidt tot wilsonbekwaamheid en verlies van het beheer over de eigen goederen naar het oordeel van het Europese Hof in strijd met Verdrag van Rome.[2808]

Niet alleen internationale wetten en verdragen, maar ook de herziene Grondwet van 1983 stond op gespannen voet met de oude Krankzinnigenwet. De nieuwe Grondwet bevatte bepalingen omtrent de onaantastbaarheid van het lichaam, de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, de bescherming tegen onrechtmatige vrijheidsontneming en de verplichting van de overheid om de volksgezondheid te bevorderen.[2809] Onder verwijzing naar het grondrecht op de onaantastbaarheid van het lichaam oordeelde het Gerechtshof te Arnhem in 1988 dat het toepassen van dwangmiddelen op patiënten alleen in geval van uiterste noodzaak was toegestaan en medische dwangbehandelingen in het geheel niet geoorloofd waren. Deze uitspraak zorgde voor veel ophef in psychiatrische kring, maar bleef vooralsnog zonder directe gevolgen. Eerder had de Hoge Raad dwangbehandeling onder bepaalde omstandigheden namelijk wel aanvaardbaar geacht, een oordeel dat hij in 1988 nog eens onderstreepte met de uitspraak dat dwangmedicatie toelaatbaar was. De aard en strekking van de Krankzinnigenwet zouden met zich meebrengen dat een dwangopname mede ten doel had patiënten te behandelen, desnoods tegen hun uitdrukkelijke wil.[2810] Volgens de Krankzinnigenwet lag dwangbehandeling in het verlengde van dwangopname, maar in de BOPZ werden deze van elkaar losgekoppeld. Volgens de nieuwe wet waren onder dwang opgenomen patiënten niet per definitie wilsonbekwaam en konden zij niet zomaar zonder hun toestemming aan een psychiatrische behandeling worden onderworpen. Als met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling opgenomen patiënten niet instemden met behandeling, was dwang alleen mogelijk als zij ook in het psychiatrische ziekenhuis een acuut gevaar voor

---

[2805] Legemaate 1992; Heidinga 1991.
[2806] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 70.
[2807] Heidinga 1991, 186-188; Kortmann 1996, 145.
[2808] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 4.
[2809] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 5.
[2810] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 118; Kampen en Van Ewijk 1997; Heidinga 1991, 190-192.

anderen of zichzelf vormden. Alleen een 'noodtoestand' rechtvaardigde dwangbehandeling.[2811]

Zoals gezegd zou de BOPZ pas in 1994 ingevoerd worden, maar in de praktijk hanteerden rechters al in de jaren zeventig en tachtig steeds vaker het gevaarscriterium als richtlijn voor dwangopnamen.[2812] Tussen 1970 en 1985 was de stijging van het aantal vrijwillige opnamen ruim drie keer zo groot als dat van de dwangopnemingen. Deze toename werd in de hand gewerkt door de uitbreiding van het aantal open afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het aandeel van de dwangopnemingen in het totaal van de psychiatrische opnamen daalde van ruim twintig naar veertien procent. Daarbij trad een opmerkelijke verschuiving op in de verdeling tussen rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen. Terwijl in 1970 tweederde van de dwangopnemingen middels een rechterlijke machtiging tot stand kwam, gold dat in 1985 nog maar voor een derde. Twee derde van de dwangopnemingen bestond toen dus uit inbewaringstellingen. Van dwangopname werd blijkbaar in toenemende gebruik gemaakt om een oplossing te bewerkstelligen voor acute crisissituaties waarin sprake was van gevaar voor de patiënt zelf of diens omgeving.[2813] Ook het profiel van de onder dwang opgenomen patiënten wijst in die richting. Het ging overwegend om jonge volwassenen tussen de twintig en veertig jaar met een psychotisch ziektebeeld, waarbij mannen, alleenstaanden, werklozen, etnische minderheden en bewoners van de drie grootste steden oververtegenwoordigd waren. Hun sociaal-economische status was over het algemeen laag en de meesten hadden eerdere opnamen achter de rug.[2814] Overigens zijn er aanwijzingen dat de procedure voor inbewaringstellingen in de praktijk niet altijd aan de vereiste juridische zorgvuldigheidseisen voldeed. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte herhaaldelijk gewag van burgemeesters die aan psychiaters voorgetekende formulieren ter bekrachtiging van een inbewaringstelling ter beschikking stelden, waardoor deze min of meer de vrije hand kregen bij beslissingen over dwangopnamen.[2815]

In haar Memorie van Toelichting bij het Ontwerp BOPZ had de regering nagelaten expliciet de rechtspositie van opgenomen psychiatrisch patiënten aan de orde te

---

[2811] Van Borssum Waalkes 1991a, 38.

[2812] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 15; Kortmann 1996, 145. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid heerste er onder rechters ook verwarring over de precieze interpretatie van de Krankzinnigenwet, bestonden oude en nieuwe criteria naast elkaar en varieerde de toepassing ervan per arrondissement. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 26-27; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 67-68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 76-77.

[2813] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 27; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 145; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 109; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 102; De Graaf 1977; Klein Ikkink, Wierdsma en De Graaf 1991, 403; Brook 1985, 495, 504. Over het verschil tussen de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling zie 1.4.2. De tweede Krankzinnigenwet.

[2814] Klein Ikkink, Wierdsma en De Graaf 1991, 393, 405. Terwijl het aantal psychiatrische dwangopnemingen in Nederland gemiddeld tussen 21 en 26 per 100.000 inwoners bedroeg, varieerde dat in de drie grootste steden tussen 30 en 50.

[2815] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 8; 75; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 12; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19-20, 52.

stellen, laat staan om deze in het Wetsontwerp te regelen. Sommige Kamerleden achtten dit wèl nodig, temeer nadat de Hoge Raad zich in 1974 en 1975 had uitgesproken tegen medische dwangbehandeling van een TBR-gestelde. Kamerleden vonden dat dit ook moest gelden voor psychiatrische patiënten in het algemeen. Gesteund door de groeiende onvrede in de Tweede Kamer over de gebrekkige rechtspositie van zowel vrijwillig als onder dwang opgenomen psychiatrische patiënten diende VVD-kamerlid D. Dees in 1975 een motie in met het verzoek aan de regering om hierin verandering te brengen. De motie werd met algemene stemmen aangenomen.[2816] Daarop stelde de regering in hetzelfde jaar de Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen in onder voorzitterschap van de Groningse hoogleraar Van Dijk. De werkgroep vatte zijn taak breed op: niet alleen de formele rechtspositie, maar ook het recht op goede zorg en leefomstandigheden kreeg aandacht. In zijn eerste rapport, dat in 1977 verscheen, wees de werkgroep op de slechte bouwkundige toestand van psychiatrische ziekenhuizen en de bij algemene ziekenhuizen achterlopende personeelsbezetting.[2817]

In 1979 publiceerde de werkgroep de resultaten van een enquête naar dwangbehandelingen in veertig psychiatrische ziekenhuizen, die een enorme commotie veroorzaakten. Er kwamen gevallen van sterilisatie en castratie en de toepassing van de elektroshock zonder toestemming van betrokkenen aan het licht. Een en ander gaf aanleiding tot een spoeddebat in de Tweede Kamer. In het jaar daarop presenteerde de werkgroep zijn eindrapport, dat de basis vormde voor de wet- en regelgeving die in de jaren tachtig en negentig tot stand kwam om de rechtspositie van psychiatrische patiënten te versterken.[2818] Vooruitlopend op de wettelijke vastlegging van patiëntenrechten werden nog in hetzelfde jaar in het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen, waarop de ABWZ-financiering was gebaseerd, bepalingen opgenomen die hierop betrekking hadden, zoals het recht op informatie over de behandeling, de bewegingsvrijheid, de bezoekregeling, de bescherming van de privacy en de toepassing van dwang.[2819] In de nota *Patiëntenbeleid* (1981) en de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* werd gewezen op de wenselijkheid van gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en patiënt, een goed verankerde rechtspositie van de patiënt en diens medezeggenschap ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.[2820]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid schaarde zich achter het streven naar verbetering van de positie en de behandeling van patiënten. In de verslagen van de Inspectie over de jaren zeventig en tachtig kregen de rechtspositie van psychiatrische patiënten, de toenemende klachten over hun behandeling en de kwaliteit van de zorg veel aandacht. De Inspectie signaleerde dat de klachten die zij ontving over het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg voor het merendeel betrekking hadden op de psychiatrische ziekenhuizen. Vooral de slechte huisvesting en hygiëne, het gebrek aan zorg, de ontoereikende behandelmethoden en de toepassing van dwang riepen

---

[2816] Laurs 1988, 47.
[2817] Binneveld en Wolf 1985, 197-198; Laurs 1988, 51-58.
[2818] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 3; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 2, 4-5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981a, 60.
[2819] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 74.
[2820] Van der Reijden 1984, 18.

protesten op.[2821] Om de rechten van patiënten te versterken en ook om orde te scheppen in de veelheid aan rechtsbronnen - internationale verdragen, de grondwet, jurisprudentie en regelgeving - achtte de Inspectie hiervoor wetgeving nodig.[2822]

Aan de toegenomen gevoeligheid voor en weerstand tegen dwang kwam de regering in 1978 tegemoet met de herinvoering van de sinds het eind van de jaren dertig ogenschijnlijk in onbruik geraakte registratie van de toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen.[2823] De Commissie Van Dijk had een jaar eerder in haar eerste interimrapport geconstateerd dat de verplichting om dwangmiddelen te registeren vrijwel nergens meer werd nageleefd. Daarop eiste de Tweede Kamer van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat hierin verandering kwam. Met ingang van 1 januari 1979 verplichtte de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid de psychiatrische ziekenhuizen tot een nieuwe dwangmiddelenregistratie. Op het meldingsformulier waren de dwangmiddelen een stuk ruimer gedefinieerd dan voorheen. Het ging de Inspectie nu niet langer alleen om dwangmiddelen die tegen de wil van de patiënt werden toegepast. Ook als de patiënt met de toepassing had ingestemd was registratie vereist. Dwang omvatte een beperking van de bewegingsvrijheid in de vorm van separatie, fixatie met Zweedse band, dwangjak, spanzeil en dergelijke, alsook een verbod van langer dan een week om zich vrij op het terrein van de instelling of daarbuiten te bewegen. [2824] Ook beperkingen in het ontvangen van bezoek, in het telefoneren en in het corresponderen vielen nu onder de definitie van dwang. Gedwongen voeding en medicatie hoefden echter niet te worden geregistreerd. Verder schreef de Inspectie voor dat niet alleen vastgelegd moest worden wie tot de middelen en maatregelen besloten had - formeel altijd een arts -, maar ook wie met welke functie deze had uitgevoerd. Hiermee kregen ook verpleegkundigen een eigen verantwoordelijkheid op dit terrein.[2825] Het nieuwe dwangmiddelenregistratieformulier voldeed echter niet. Psychiatrische ziekenhuizen vonden het te veel werk om álles wat met dwang te maken had vast te leggen. Zij verwierpen de verplichting om ook dwangmiddelen die met instemming van de patiënt toepassing vonden te registreren, omdat dit loze bureaucratie in de hand zou werken. Bovendien meenden de directies dat het nieuwe formulier te weinig mogelijkheid bood om het motief tot dwangtoepassing weer te geven. Inzicht in het waarom van dwangtoepassing werd daardoor niet verkregen en in die zin achtten zij de registratie als beleidsinstrument nutteloos. Onder invloed van publiciteit over een zeer langdurige isoleerbehandeling op St. Bavo dwong de Tweede

---

[2821] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 187-188; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 57; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 10-11, 35; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 71; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 77.

[2822] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 75.

[2823] Aangezien de inspecteurs niet meer in staat waren regelmatig de inrichtingen te bezoeken en de registers daar in te zien, verzocht het Staatstoezicht de inrichtingen in 1936 om maandelijkse toezending van een afschrift van het register. Eind jaren zeventig bleek dat veel directies niet meer voldeden aan de wettelijke verplichting tot registratie. Van de Klippe 1986, 16-24; Lucieer 2005, 78; Aan de Stegge 2005a, 342-347; vergelijk 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.

[2824] De zogenaamde Zweedse band staat hier voor de eerste keer op een officiëel document van de Inspectie vermeld, maar moet volgens Aan de Stegge (proefschrift in voorbereiding) in de jaren vijftig in Nederland geïntroduceerd zijn.

[2825] Koetser 1984, 33.

Kamer de Staatssecretaris middels een motie om te komen tot een beter registratiesysteem.

In 1985 presenteerde de Inspectie wederom een nieuw modelregister ‘Middelen en Maatregelen’, dat in 1988 werd ingevoerd.[2826] Onder dwang verstond de Inspectie vastbinden, separatie en toediening van medicijnen zonder instemming van de patiënt. De Inspectie gaf twee redenen voor de registratie. Ten eerste kon zij hiermee de belangen van patiënten beter bewaken. Ten tweede zou de registratie in psychiatrische ziekenhuizen moeten leiden tot een bezinning op de noodzaak, het nut en de effecten van dwangmiddelen, een vergroting van het verantwoordelijkheidsbesef en de invoering van zorgvuldige procedures. Op deze manier, zo redeneerde de Inspectie, zou de toepassing van dwang minder vanzelfsprekend en minder frequent worden.[2827] Niet alle ziekenhuizen voerden de registratie naar tevredenheid van de Inspectie uit. Zo bleek dat niet altijd de nodige zorgvuldigheid werd betracht bij de toepassing van dwang. Ook constateerden de inspecteurs herhaaldelijk dat sommige instellingen gebruik maakten van verouderde, ongeschikte separeerverblijven.[2828] 'Deze hokken dragen de naam separeerverblijven geheel ten onrechte. Eigenlijk zijn het ouderwetse strafcellen die men op de televisie nog wel eens in horror-series kan aanschouwen.'[2829] Vanwege de toegenomen aversie tegen vastbinden nam het aantal separaties toe, zo constateerde de Inspectie. Zij achtte isolatie een minder ingrijpende maatregel achtte dan fixatie.[2830] Wel moest worden gewaakt voor oneigenlijke toepassing van separatie in verband met een gebrek aan personeel om toezicht op agressieve patiënten uit te oefenen en hen te begeleiden.[2831] Ook zouden verpleegkundigen in veel instellingen ten onrechte zelfstandig, zonder betrokkenheid van psychiaters, tot separatie van patiënten overgaan.[2832] De Inspectie leek welwillender te staan tegenover de toepassing van dwangmedicatie, omdat deze de noodzaak om andere dwangmiddelen te gebruiken, kon wegnemen. Het afzien van een farmaceutische dwangbehandeling was volgens de Inspectie doorgaans niet in het belang van patiënten.[2833]

De Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid vaardigde in 1985 richtlijnen uit voor de toepassing van de elektroconvulsietherapie. Naar aanleiding van de felle protesten tegen deze behandeling hadden de NVP en een commissie van de Gezondheidsraad al eerder, in 1978 en in 1983, aanbevelingen gedaan om het gebruik ervan niet volledig uit te bannen, zoals de kritische beweging eiste, maar aan strikte voorwaarden te binden. De regering onderschreef deze benadering, waarop de Inspectie de voorwaarden specificeerde: elektroshock diende beperkt te worden tot de behandeling

---

[2826] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 20.
[2827] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 3-4, 58-59.
[2828] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 45, 49; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 77-78; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17.
[2829] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 21.
[2830] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17, 25-26; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 18-19. Overigens was in de Nederlandse inrichtingen al vanaf het eind van de negentiende eeuw sprake van een voorkeur voor separatie boven andere vormen van dwang. Zie 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.
[2831] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 21.
[2832] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 138.
[2833] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50.

van stoornissen als ernstige depressie en letale katatonie waarbij andere therapieën geen soelaas boden; twee psychiaters moesten de indicatie voor de behandeling stellen; de patiënt moest er toestemming voor geven en diende erover geïnformeerd te worden; alleen enkele daartoe aangewezen klinieken met de nodige expertise mochten shocken en het was verplicht om behandelingen aan de Inspectie te melden.[2834]

Niettegenstaande haar bekommering over dwang, plaatste de Inspectie kritische kanttekeningen bij een juridische invulling van patiëntenrechten op basis van principes als zelfbeschikking en mondigheid. De nadruk op autonomie zou in het geval van geestelijk gestoorde mensen, die vaak in het geheel niet over het vermogen tot kiezen beschikten, tot verwaarlozing kunnen leiden en stond ook op gespannen voet met de wenselijkheid van adequate psychiatrische behandeling. In dit verband sprak de Inspectie zich herhaaldelijk uit tegen een enge interpretatie van het gevaarscriterium in het wetsontwerp BOPZ ten einde te voorkomen dat onwillige geesteszieken van opname en behandeling verstoken bleven. Gevaar zou ook betrekking moeten hebben op zelfverwaarlozing en verloedering.[2835] De Inspectie vertolkte de gemengde gevoelens die de BOPZ in de psychiatrische wereld opriep. Zo betoogde de psychiater M.H. Cohen Stuart in 1982 dat het gevaarscriterium de arts in de uitvoering van zijn primaire taak, therapeutische behandeling, dreigde te belemmeren. In tegenstelling tot het bestwilprincipe van de oude Krankzinnigenwet gaf bij dwangopnamen niet meer de noodzakelijke behandeling, maar de bescherming van de autonomie van de patiënt en de veiligheid van de samenleving de doorslag. Deze oogmerken behoorden niet tot de competentie van de psychiater. En als geesteszieken eenmaal onder dwang waren opgenomen, konden zij behandeling weigeren; op deze manier was het volgens Cohen Stuart niet denkbeeldig dat psychiaters de rol van gevangenisbewaarder opgedrongen kregen.[2836] Andere psychiaters wezen er ook op dat een toenemend aantal ernstig gestoorden als gevolg van de BOPZ mogelijk in het justitiële circuit terechtkwam, omdat ze niet tijdig onder dwang zouden worden opgenomen.[2837]

Evenals veel psychiaters leek de Inspectie meer waarde te hechten aan de waarborging van therapeutische behandeling en de kwaliteit van de zorg dan aan zelfbeschikking. Zo moest dwangmedicatie, in het eigen belang van de patiënt, mogelijk blijven. Vanaf het midden van de jaren zeventig schonk de Inspectie in haar jaarverslagen veel aandacht aan de kwaliteit van de zorg en moedigde zij de zorgaanbieders aan deze te verbeteren. Al in 1968 had de geneesheer-directeur D. Jacobs in zijn proefschrift over de 'beleidspsychiatrie in het psychiatrisch centrum' een gedetailleerde opsomming gegeven van de aspecten waarop kwaliteit betrekking kon hebben, van goede diagnostiek en behandeling en het aantal gediplomeerde verpleegkundigen tot aan de huisvesting, de kleding en vrijetijdsbesteding van patiënten.[2838] De Inspectie maakte in het midden van de jaren tachtig een begin met het formuleren van zogenaamde referentiekaders. Dit waren criteria aan de hand waarvan de kwaliteit van de zorg te meten en te controleren

---

[2834] Rooijmans 1978; Nolen 1999; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 78-79.
[2835] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 3, 99, Bijlage 1, 2; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 1, 60-66, 70; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 11; vergelijk Van Borssum Waalkes 1991a, 39-40.
[2836] Cohen Stuart 1982.
[2837] Brook 1985.
[2838] Jacobs 1968, 181-251.

was. Het ging hierbij om zaken als de bereikbaarheid, toegankelijkheid, accommodatie, organisatie en het personeelsbestand van instellingen, het opleidingsniveau van hulpverleners, de bejegening van patiënten, de mate waarin deze over de behandeling werden geïnformeerd, betrokken werden bij de besluitvorming en zij hun rechten konden uitoefenen, alsook de protocollering en procesbewaking van de therapeutische behandeling en de eventuele toepassing van dwang. Het veld ontving de referentiekaders met gemengde gevoelens: hulpverleners ervoeren de kwaliteitstoetsing vooral als een toenemende regulering van hun werk.[2839]

4.4.3. *Van massaliteit naar individualiteit: ervaringen van een psychiatrische verpleegkundige*

In 1968 besloot Anton van Rijswijk, toen achttien jaar, te reageren op een advertentie in de *NCRV-gids*, waarin de kliniek voor epilepsiepatiënten Meer en Bosch te Heemstede om kandidaten voor de B-opleiding vroeg.[2840] Hij had één jaar MULO en drie jaar grafische opleiding gevolgd en werkte in het drukkersvak. Zijn sollicitatie was mede ingegeven door zijn wens om het ouderlijk huis te verlaten. De psychiatrie bood mannelijke verplegers internaat en daarnaast een opleiding, salaris, pensioen en carrièreperspectieven. Het hoofd van de MULO in zijn geboorteplaats Ermelo gaf hem een verklaring dat hij één jaar MULO met succes had afgesloten. Op basis van die verklaring werd hij toegelaten, onder voorwaarde dat hij gedurende het eerste jaar naast zijn B-opleiding ook nog herhalingsonderwijs zou volgen in rekenen, Nederlandse taal en godsdienst.

Meer en Bosch, gelieerd aan de psychiatrische inrichting Vogelenzang te Bennebroek, bezat een partiële opleidingsbevoegdheid voor het B-diploma. Na drie jaar mochten B-leerlingen, mede op basis van enkele maanden praktijk in Vogelenzang, opgaan voor het B-diploma. Tijdens de opleiding moesten zij hard studeren en veel vakken volgen: verpleegkunde, geestelijke vorming of godsdienst, anatomie, pathologie, ziekteleer, psychologie, neurologie, psychiatrie en creatieve vorming.

> We moesten complete boeken uit het hoofd kunnen reproduceren. Het belangrijkste daarvan was het *Algemeen Leerboek voor het verplegen van Geestes- en Zenuwzieken* van Hamer en Tolsma. Een schitterend naslagwerk over lichaam en geest, een soort Bijbel voor de psychiatrische verpleging. Het was goed ingedeeld en alles stond erin, tot en met EHBO. Een aanvullend boek over ontwikkelingspsychologie leerde ons het nodige over de ontwikkeling van (epileptische) kinderen.

[2839] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17-18, 24; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 3; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 1; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 73-74; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 86; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 98; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 99-102; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 132-136; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 145-154; vergelijk Cremers 1983; Lucieer 2005, 61.

[2840] Het volgende portret is gebaseerd op een interview van G.J.C. aan de Stegge met Van Rijswijk. Zie verder: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

Van Rijswijk werd te werk gesteld op een afdeling met slaapzalen voor dertig personen. Al snel verhuisde deze afdeling naar een nieuwbouwlocatie in Vijfhuizen.

> Dat was een verademing. Plotseling woonden onze patiënten in kleine units met huiskamers voor twaalf personen en slaapkamers voor één, twee tot maximaal vier personen. De vloeren waren hier zwevend en van hout, zodat de patiënten bij het vallen minder verwondingen zouden krijgen. De patiënten leefden op. In Vijfhuizen hadden ze een stuk minder conflicten met elkaar en met de verpleging dan voorheen. Ik concludeerde daaruit dat patiënten die onvrijwillig bij elkaar zitten, genoeg privacy moeten hebben. Hebben ze dat niet, dan kunnen ze elkaar na een paar jaar niet meer luchten of zien.
>
> In de drie jaren dat ik werkte op Meer en Bosch, hoorde ik meermalen geruchten dat leerlingen in Vogelenzang vooral op chronische afdelingen werden ingezet. Ik had de indruk dat ik daar niet genoeg zou leren. Mijn vriendin, ook leerling, dacht er precies zo over. Samen met haar en een paar andere collega's besloot ik mijn B-opleiding elders af te ronden. Onze keus viel op Bloemendaal te Loosduinen. Dit bleek niet de gemakkelijkste weg. De B-opleiding van Bloemendaal telde onze drie ervaringsjaren op Meer en Bosch als anderhalf jaar en eiste van ons dat we nòg eens anderhalf jaar praktijkervaring op zouden doen. Door die eis moesten wij dus viereneenhalf jaar over onze B-opleiding doen. Daardoor kregen we ook viereneenhalf jaar een leerlingensalaris uitbetaald. Toch heb ik er nooit spijt van gehad. Zodra ik in Loosduinen de eerste 'schizofrene' patiënt had gezien, besefte ik hoe volstrekt ontoereikend mijn kennis was. Ik moest meer en vooral ándere dingen leren dan op Meer en Bosch mogelijk was geweest.
>
> In Loosduinen kregen we anders les. Ik kan me bijvoorbeeld herinneren dat we met onze klas naar het Frans Hals museum zijn geweest in het kader van de verbreding van onze culturele horizon. Men gebruikte niet langer het boek van de artsen Hamer en Tolsma, maar het leerboek over psychiatrische verpleegkunde van Fokke Kramer, een verpleger uit Franeker. Ook waren hier visuele lesmaterialen voorhanden zoals plastic modellen van de hersenen, een pop om op te leren wassen en spuiten, dia's, en niet te vergeten films. We keken naar *Family Life*, *One flew over the Cuckoo's nest* en *Toestanden* van het Werktheater. Tijdens mijn gehele B-opleiding werden bovendien nog echte patiënten ingezet in het onderwijs, zowel dode als levende. Op Meer en Bosch assisteerden wij als leerling bij secties, die een neuroloog uitvoerde. In Bloemendaal werden tijdens klinische lessen patiëntendossiers besproken. Tot slot moest ik bij mijn eindexamen een 'observatieverslag' maken op basis van een gesprek met een patiënt die ik voorheen niet kende. Ik kreeg een half uur om dit gesprek uit te werken en te komen tot een zelfstandige conclusie wat die man mijns inziens mankeerde. De patiënt kwam me later op de dag vragen of ik geslaagd was. Hij was hartstikke trots. Kennelijk had hij mijn eindexamen ervaren als een gezamenlijke onderneming. Dergelijke verhalen heb ik van anderen uit mijn lesgroep ook gehoord. Ik zag het feit dat patiënten participeerden in onze lessen en examens dan ook niet als 'vernederend' voor de patiënt.

Mijn eerste praktijkafdeling in Loosduinen bleek een afdeling waar de leiding ervan uitging dat de patiënten op den duur op zichzelf zouden moeten gaan wonen. Als verpleger moest ik hen leren een huishouden te voeren. Aanvankelijk werd ik daarvan wat nerveus. Hoe zou ik hen dat kunnen leren, terwijl ik tot dan toe alleen nog maar met epilepsiepatiënten had gewerkt en bovendien zelf ook nog nooit alleen een huishouden had gerund? Gelukkig viel het mee en ben ik er goed doorheen gerold.

Ook heb ik gewerkt op een verouderd paviljoen voor chronische patiënten, onder wie ook mannen met dementia paralytica, de psychiatrische ziekte die het gevolg is van syfilis. Een rigide afdelingshoofd had de leiding. Het gebouw had slaapzalen voor rond de veertig bedden, die in slagorde stonden opgesteld met alleen een klein nachtkastje ertussen. Ze moesten zodanig opgemaakt worden dat de strepen op de dekens één lijn vormden. De patiënten moesten ’s nachts op hun zij slapen, dan kon de nachtdienst op hun controleronde hun gezicht gemakkelijker herkennen. Het effect van al deze regels was uitermate deprimerend; dat kon je vooral ’s avonds goed zien. Dan draaide het afdelingshoofd met zijn enige sleutel de deur naar trap en slaapzaal open en zei op dwingende toon: 'Heren, wij gaan stijgen'. Dan stond die hele groep patiënten als één kudde op en slofte naar boven om te gaan slapen. De volgende ochtend moesten wij met twee verplegers deze circa veertig mannen dan weer helpen met opstaan, wassen, scheren en aankleden. We konden niet anders dan gehaast en in serie doorwerken.

Er heerste bovendien nog een strikt onderscheid in taakstelling tussen eerste-, tweede- en derdejaars-leerlingen, gediplomeerden en leidinggevenden. Als degene die de bedden moest opmaken zijn werk niet af kreeg, hoefde een ander niet bij te springen. Nu zou je zeggen: ik help een handje, dan kunnen we samen koffiedrinken. Toen gingen hiërarchie en anciënniteit nog vóór collegialiteit. Na het wassen en ontbijten hadden we echter een grote vrijheid om activiteiten te ondernemen met de patiënten. Er was destijds immers nog nauwelijks specifiek therapeutisch personeel. We deden als verpleging dus veel zelf. In de keus van die activiteiten was ik vrij nuchter. In diep graven in de menselijke ziel geloofde ik niet zo. Je zult heus wel wat vinden, maar is dat ook werkelijk de oorzaak van de psychiatrische problemen? Ik was meer iemand die in het hier en nu probeerde contact te maken met mensen. Zo heb ik altijd veel gewandeld met patiënten. In 1970 liep ik de Vierdaagse van Nijmegen met patiënten! Daar had ik samen met de schoenmaker op het terrein maandenlang elke zaterdag met patiënten voor getraind. Dat was heel zinvol: het gaf de patiënten zelfvertrouwen. Naast wandelen ben ik ook altijd sterk geïnteresseerd geweest in de creatieve therapie. Daarin kon je op een andere manier met mensen omgaan en hun sluimerende vermogens naar de oppervlakte brengen. Ik heb met eigen ogen gezien hoeveel die therapie voor patiënten kan betekenen.

Ook op de opnameafdeling van Bloemendaal maakte een streng afdelingshoofd, samen met een strenge dokter, de dienst uit. Er heerste een sfeer van ‘zo zijn onze regels hier’ en ik had mij als leerling daarin te voegen. Gewelddadige uitbarstingen kwamen frequent voor. Zowel manische patiënten, patiënten in een psychose of met schizofrenie gingen er regelmatig uit hun dak. Ik

voelde me dikwijls maar klein. Dat gevoel werd mede in de hand gewerkt doordat op deze afdeling elektroshocks werden toegepast, een behandeling waar ik een sterke weerzin tegen voelde. Aan de andere kant zag ik er ook wel eens een patiënt van opknappen en heb ik zelfs patiënten meegemaakt die erom vroegen. De elektroshock bezorgde me dus veel hoofdbrekens. Maar het vervelendste van alles vond ik dat je op de opnameafdeling als leerling zo op moest boksen tegen oudere collega's. Als leerling had je het minst in te brengen.

In reactie daarop besloot ik op den duur dat ik mijn voldoening beter kon halen uit het contact met de patiënten, dan uit het contact met mijn collega's. Dit moet je zien tegen de achtergrond van de antipsychiatrie. Mijn generatie las Foudraine's *Wie is van Hout* en Kuipers *Neurosenleer*. Vooral Kuiper ervoeren wij als open en vernieuwend: hij was eerlijk, durfde tal van zaken bij de naam te noemen. Dat maakte ook ons wat driester. De sfeer werd geleidelijk aan zodanig dat we niet alles wat ons werd opgedragen meer uitvoerden. Ik herinner me een alcoholische patiënt die vaak dronken op de afdeling terugkwam. Het hoofd wilde dat wij deze man 'straf' gaven als hij gedronken had. Daar zag ik de zin niet van in. Zou zo'n man door zulke strenge regels van onze kant minder gaan drinken? Dat leek me niet. Ik probeerde die man dus op mijn manier te bewerken door met hem een deal te sluiten als ik in de nachtdienst zat: 'Ik verlink jou niet als je te laat thuiskomt, maar dan moet jij mij beloven dat je wel om 7.00 uur uit bed komt en op tijd naar je werk gaat.' Ik stelde deze patiënt dus zèlf verantwoordelijk voor zijn situatie. Ik denk dat ik al zo handelde vóórdat ik de reikwijdte van die opstelling besefte. De patiënten bleken voor deze aanpak uitermate gevoelig. Zelf veranderde ik ook. Toen de patiënten bereid bleken afspraken te maken met mij als verpleegkundige, ging ik hen anders bekijken. De patiënten kwamen toen dichter bij mij te staan; zij werden 'gewonere mensen' voor mij.

Na afsluiting van mijn B-opleiding ben ik getrouwd en vertrok ik van Bloemendaal naar Licht en Kracht in Assen. Vandaar vertrok ik samen met mijn vrouw voor een jaar naar een Kibboetsim te Israël. Bij terugkomst in Nederland bezocht ik mijn moeder in Ermelo; ze had toevallig net het toenmalig hoofd Personeelszaken van Veldwijk op bezoek. Die bood me ogenblikkelijk een baan aan. Als gediplomeerd verpleger kon ik beginnen op een gerontopsychiatrische afdeling van Veldwijk. Dat viel me niet tegen. Veldwijk bleek een goed georganiseerde inrichting; mijn eigen afdeling was huiselijk en sfeervol. Door de aanvullende huisopleiding van Veldwijk tot 'groepsverpleegkundige' in 1974 veranderde mijn visie op de psychiatrie opnieuw. Na die opleiding geloofde ik niet meer dat psychiatrische patiënten per definitie chronisch moeten worden. Enthousiast bekeerde ik mij tot het agogische model op basis van de stelling 'verandering is altijd mogelijk, in het bijzonder wanneer de verpleegkundige de communicatie in een leefgroep nuttig weet te gebruiken'. Ik kreeg de kans om dit enthousiasme op anderen over te dragen toen ik in 1975 op Veldwijk tot praktijkbegeleider werd benoemd.

Zelf was ik nog opgeleid met het door Actiegroep Willem aan de kaak gestelde praktijk- en rapportenboekje waarin alle te beheersen verpleegtechnische handelingen driemaal door een afdelingshoofd moesten worden afgetekend. Toen

ik praktijkbegeleider werd geloofde ik evenmin als mijn collega's nog in die manier van opleiden. Aan een verpleegkundige die alle verpleegtechniek perfect beheerste, maar die geen relatie met de patiënt legde, had je volgens ons niks. Ons motto werd: 'Als je de juiste mensen hebt geselecteerd, levert attitudevorming meer op dan het aanleren van allerlei technische foefjes.' Ik zal een voorbeeld geven van hoe wij dat motto invulden. In mijn oude studieboeken stonden onder het kopje 'Hulp aan Stervenden' rijtjes met handelingen opgesomd: zorgen dat de patiënt goed ligt; pols, temperatuur en bloeddruk controleren; ademhaling observeren; voorkomen van decubitus; gebit verzorgen; laten drinken; lippen bevochtigen enzovoorts. Die handelingen waren niet onbelangrijk. Wij vonden het echter duizend maal belangrijker dat een verpleegkundige de patiënt en diens familie emotionele steun kon geven. Wij trainden de leerlingen op Veldwijk dus vooral in het leggen van een relatie met patiënten, in contact maken; daarvoor gebruikten we rollenspelen en allerlei soorten trainingen in 'communicatieve vaardigheden'.

Na een jaar praktijkbegeleiding mocht ik de docentenopleiding volgen in Rotterdam. In die opleiding leerde ik de 'didactische cyclus' van Van Gelder kennen: doel bepalen, beginsituatie vaststellen, les voorbereiden, leerstof en leermiddelen vaststellen, opdracht of les geven, begeleidingsgesprek geven, evalueren. Dit gestructureerde procesmatig werken werd, mede door de kwaliteit van sommige docenten in Rotterdam, een tweede natuur voor mij. Omdat Veldwijk mij inderdaad benoemde tot docent verpleegkunde, heb ik daar veel profijt van gehad. Nadat onze B-opleiding met een aantal A-opleidingen onderdeel werd van de Centrale School De Hoogstede, werden wij vanuit de andere opleidingen sterk beïnvloed om ook in de psychiatrie met 'verpleegplannen' te gaan werken. Toch lukte het ons om binnen die Centrale School de agogische identiteit van onze B-opleiding te bewaken. Na afronding van een managementopleiding aan de Sociale Academie solliciteerde ik in 1979 dan ook vol zelfvertrouwen bij Brinkgreven te Deventer op de functie van Opleidingscoördinator Praktijkopleiding. In die functie moest ik de praktijkopleiding van zowel B-leerlingen als ziekenverzorgenden in opleiding coördineren. Hierbij hoorde ook het overleg over de plaatsing van leerlingen en studenten. Ik moest onderhandelen met afdelingshoofden, scholen voor HBO- en MBO-Verpleegkunde en daarnaast leiding geven aan het team praktijkbegeleiders.

Het werden zware jaren. Ik had mij voorafgaand aan die overstap onvoldoende gerealiseerd hoe hecht het opleidingsteam van Veldwijk was. In Deventer stond ik er alleen voor. Ik werd gestationeerd op de hoofdlocatie van Brinkgreven. Daar was echter alleen de opleiding tot ziekenverzorgende gehuisvest. De B-opleiding was al verhuisd naar de stad en ondergebracht in de Centrale School De Zuysel. De docenten die theorieles gaven op de Centrale School stonden sterk onder invloed van alle discussies over 'de ene en ondeelbare verpleegkunde'. Zij moesten niet alleen verpleegsters opleiden voor algemene ziekenhuizen, maar ook voor meerdere psychiatrische inrichtingen. Het was dan ook lastig om hen voldoende betrokken te houden bij het ‘leren in de psychiatrische praktijk’ op de diverse afdelingen van Brinkgreven. Aan de andere

kant hadden de verpleegkundigen in Brinkgreven nog nauwelijks gehoord van 'praktijkleerdoelstellingen'. Qua verpleging heerste hier dus een veel traditioneler cultuur dan op Veldwijk. Er waren een paar afdelingen waar gewerkt werd volgens ideeën van de antipsychiatrie. Op die afdelingen was men echter zó ver doorgeslagen dat men werkte met het zogenaamde 'open rapport'. Dat hield in dat een patiënt voor alles wat hij wilde de toestemming moest vragen van zijn 'leefgroep'. Dat vond ik veel te ver gaan. Ik hechtte aan de belangen van de individuele patiënt. Tal van factoren leidden er zodoende toe dat ik nogal eens in conflict kwam met de organisatie. Toen Den Haag in 1986 plotseling verordonneerde dat de B-opleiding minder 'agogisch' diende te worden, ben ik dan ook gestopt als coördinator praktijkopleiding. Brinkgreven gaf mij toen de kans terug te keren in de directe patiëntenzorg.

Als ik heel kort zou moeten uitdrukken welke belangrijke verandering in de zorg ik heb meegemaakt zou ik zeggen: van massaliteit naar individualiteit. Hoe we geleidelijk aan van grote naar kleine groepen zijn geëvolueerd, terwijl ik thans vanuit een transmuraal team individuele cliënten begeleid die eens in de zoveel dagen of weken een cursus volgen of in een therapeutische setting werken aan hun problemen. Dat zijn grote verschillen. Ons contact als verpleegkundigen met de patiënten is dus veel intenser geworden. Maar ook het contact tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners is belangrijker geworden. Vanaf circa 1985 werden behandel- en verpleegplannen op elkaar afgestemd en besproken met de betrokken familie. Die familie is een nieuw element. In mijn begintijd, zo rond 1969, had een uitvoerend verpleger helemaal geen contact met de familie.

4.4.4. *De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?*

Zoals het verhaal van Van Rijswijk laat zien, waren voor verplegenden en het vak ‘verpleegkunde’ de ontwikkelingen in de periode 1965-1985 ingrijpend.[2841] In de eerste helft van de jaren zestig begon het aantal aanmeldingen voor de B-opleiding te stijgen. Het aantal geslaagden groeide tussen 1963 en 1967 van bijna 600 naar ongeveer 850.[2842] Het effect van de naoorlogse geboortegolf werd rond 1964 voelbaar. Jongeren mochten immers rond hun achttiende jaar beginnen aan de verpleegopleiding. In de jaren zeventig was de B-opleiding zeer populair. Meer dan 13.000 mensen - ruim 7.600 vrouwen en ruim 5.700 mannen - behaalden in dit decennium hun diploma; bijna evenveel als in de gehele periode 1892-1950.[2843] Kennelijk namen de inrichtingen ook steeds meer gediplomeerd verplegend personeel aan. In 1978 stonden voor het eerst meer gediplomeerden dan leerlingen op de werkvloer. Dat bleef zo, ook toen het aantal B-leerlingen na 1978 daalde als gevolg van de wettelijke erkenning in dat jaar van de Z-opleiding voor de verpleging van verstandelijk gehandicapten.[2844] Vanaf 1978 konden verplegenden in de zwakzinnigensector de B-opleiding links laten liggen. In 1979

[2841] Met dank aan G.J.C. aan de Stegge, die de basistekst voor deze paragraaf leverde.

[2842] Deze cijfers over de uitstroom van de B-opleiding tussen 1963 en 1967 zijn ontleend aan Van der Spek s.a. [ca. 1970]. Met dank aan P. van Drunen.

[2843] Gerritse en Van der Windt 1991, 87. Naast deze hoge uitstroom in de psychiatrische verpleegkunde waren er ruim 5.200 geslaagden bij de A-opleiding en 1.240 bij de Z-opleiding.

[2844] *Nederlandse Staatscourant*, 26 januari 1978, nr. 19. Publicatie van het besluit d.d. 10-1-1978, nr. 33900 tot wettelijke erkenning van het Diploma Z-verpleegkundige.

haalden meer dan 1.500 verplegenden direct het Z-diploma, onder wie velen die de psychiatrie vaarwel zegden. Desondanks leverde de B-opleiding in de jaren 1980-1985 toch weer een hoog aantal gediplomeerden op, namelijk meer dan 6.000. Daarna zou een forse daling optreden.

In zijn *Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* meldde Kruisinga dat in 1966 in de 39 psychiatrische ziekenhuizen zo'n 2.150 gediplomeerde B-verplegenden (ruim 30 procent van het totale aantal verplegenden in de psychiatrie), ruim 3.700 B-verplegenden in opleiding (meer dan 50 procent) en tegen de 1.100 'overige' verplegenden werkten. Het totale aantal bedroeg dus bijna 7.000.[2845] Kruisinga kondigde aan dat hij méér geld in de verpleging zou gaan investeren. De bestaande norm van één verplegende op vier patiënten wilde hij loslaten, omdat hierbij ook de ongediplomeerden meetelden. De eerste- en tweedejaars leerlingen zouden als 'boventallige' verplegenden moeten worden ingezet, zodat zij meer tijd kregen om te leren.[2846] Het voornemen van Kruisinga werd daadwerkelijk uitgevoerd: het aantal gediplomeerde B-verpleegkundigen in de psychiatrische ziekenhuizen bedroeg in 1983 ruim 7.000, ruim 3 maal zoveel als in 1966, toen de *totale* verpleegkundige bezetting op ongeveer 7.000 personen lag. [2847]

Tabel 4.1: De ontwikkeling van het aantal psychiatrisch verplegenden op 100 bedden in de jaren 1966, 1975 en 1985

gewogen gemiddelde*	1966	1975	1985
totale staf op 100 bedden	48,2	90,2	118,6
verpleging gediplomeerd	**7,92**	**14,6**	**34,1**
verpleging leerling	12,74	20,4	15,5
verpleging anders	3,64	7,1	10,5
verpleging totaal	**24,3**	**42,1**	**60,1**

* Het gewogen gemiddelde betreft het gemiddelde aantal (verplegende) personeelsleden per 100 bedden.

Bron: personeelsstatistieken van het Nationaal Ziekenhuisinstituut 1966, 1975 en 1985.

In de psychiatrische ziekenhuizen was tussen 1965 en 1986 meer verplegend personeel dan ooit tevoren beschikbaar. Hierdoor werd het mogelijk om afdelingen te verkleinen en de zorg te intensiveren. De gestaag groeiende maatschappelijke belangstelling voor de psychiatrie en de invoering in 1970 van een wettelijk verplichte

[2845] Kruisinga 1970, Bijlage 12, 78. Onvermeld blijft waar deze cijfers op gebaseerd waren.
[2846] Kruisinga 1970, 135, 138.
[2847] Nationale Ziekenhuisraad 1985, 6.

toegangseis van minimaal MULO leidden ertoe dat het opleidingsniveau van (leerling-)verplegenden steeg en dat er meer ruimte in de B-opleiding kwam voor abstracte leerstof. Algemeen heerste dan ook de verwachting dat zij een grotere rol op therapeutisch gebied zouden spelen. Onder invloed van de externe en interne differentiatie, de schaalverkleining, de antipsychiatrie, de patiëntenbeweging en therapeutische vernieuwingen en, niet te vergeten, de drang naar emancipatie onder verplegenden zelf, kwam er in de verpleging meer aandacht voor het leefklimaat op de afdelingen en de communicatie met patiënten.

Haaks op deze tendensen stonden de ontwikkelingen in het onderwijs. In 1968 werd een nieuwe Wet op het Voortgezet Onderwijs, de zogenaamde 'Mammoetwet', van kracht. Onder het motto 'gelijke kansen' streefde de overheid naar brede, generalistische opleidingen. Het potentiële effect van deze wet op de verpleegopleidingen werd vanuit de psychiatrie al vroeg onderkend. De sector nam zelfs een initiatief tot het stichten van dagscholen, ten einde te kunnen experimenteren met opleidingen die een 'brede basis' boden aan alle verplegenden. Zodra die scholen - de HBO in 1972 en de MBO in 1973 - eenmaal gerealiseerd waren, deden zich in de ziekenhuizen echter problemen voor. Allereerst vergde het veel moeite om zowel de personeelsplanning alsmede de begroting van de verplegingsdienst sluitend te krijgen. Nu zowel stagiaires van dagscholen als de eigen inservice-leerlingen begeleid moesten worden, verloren de zorginstellingen een deel van de controle op hun in-, door- en uitstroom alsook op hun opleidings- en begeleidingseisen.

De psychiatrie zag zich met een extra probleem geconfronteerd. Op de dagscholen bleek dat meer studenten in de algemene gezondheidszorg dan in de psychiatrie geïnteresseerd waren. De psychiatrie was kleiner van omvang dan de algemene gezondheidszorg en kampte nog altijd met een stigma. Voor de dagscholen was het dan ook verleidelijk hun onderwijs in hoofdzaak te richten op de tamelijk concrete verpleegkundige taken ten behoeve van de algemene gezondheidszorg. Als daarin psychosociale aspecten aan de orde kwamen, waren deze meestal van toepassing op geestelijk gezonde mensen die geconfronteerd werden met slecht nieuws over hun lichamelijke gezondheid, en niet op psychiatrische patiënten. Leerlingen van de dagscholen die in psychiatrische ziekenhuizen stage liepen, bleken daardoor niet altijd over de nodige vaardigheden te beschikken om met psychiatrische patiënten te werken. Daarnaast stonden de verpleegkundige vaardigheden die deze stagiaires in hun algemene dagopleiding werden bijgebracht, op gespannen voet met het streven in de meer specialistische psychiatrische verpleging naar een rol als 'therapeut'. Het zou enkele decennia duren voordat deze spanning verminderde. Desondanks was vanaf het midden van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig ook in de psychiatrische verpleging sprake van een profilering van het vak en een groeiend professioneel élan – een ontwikkeling die echter wel gepaard ging met veel opwinding, verwarring en chaos.

Reeds in 1964 had A.C. Lit, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium te Zeist, het initiatief genomen om al eerder gesignaleerde problemen met betrekking tot de B-opleiding nog eens in kaart te brengen: de verouderde wettelijke bepalingen; de vereiste leeftijd waardoor instellingen elk jaar vele geïnteresseerde kandidaten moesten afwijzen; en het ontbreken van duidelijke opleidingseisen, waardoor leerlingen onderling verschilden in vooropleiding en intelligentieniveau en het onderwijs ernstig bemoeilijkt

werd.[2848] In zijn notitie koppelde Lit deze oude problemen aan de op handen zijnde invoering van de Mammoetwet en opperde hij de mogelijkheid om ook de verpleegopleidingen onder deze wet te brengen. Verplegenden zouden dan op scholen voor het voortgezet onderwijs opgeleid worden. Leerlingen vanuit diverse sectoren konden dan een gemeenschappelijk basisprogramma volgen, waardoor herhaling van theoretische kennis voor degenen die het A- en B-diploma wilden 'stapelen' niet langer nodig zou zijn. Bovendien konden de leerlingen op basis van hun middelbare schoolopleiding gedifferentieerd, namelijk op lager, middelbaar of hoger niveau, worden opgeleid. Voor elk niveau waren immers in de diverse soorten ziekenhuizen functies voorhanden. De theoretische vorming van leerlingen zou zo onafhankelijk van ziekenhuizen plaatsvinden, omdat het voortgezet onderwijs viel onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Uiteraard moesten leerlingen stage kunnen lopen in zorginstellingen, maar zij zouden niet langer werknemer zijn en dat zou hun positie ten goede komen. Lits voorstel behelsde dus een brede basisopleiding op drie verschillende niveaus, waarna studenten in de differentiatiefase keuzevakken zouden kunnen volgen om zich te bekwamen voor een bepaald werkveld.

Lit legde zijn voorstel voor aan de zenuwartsen uit de drie examencommissies, die zich sedert 1957 in één nationale 'Commissie Westerhuis' verenigd hadden, alsmede aan de zogenaamde 'Studiegroep van leidinggevende verplegenden'. Nadat ieders commentaar was verwerkt, werd medio 1965 een door alle betrokkenen onderschreven tekst verzonden aan de Inspecteur-Generaal van Onderwijs. Deze liet weten dat hij er graag met betrokkenen over wilde praten.[2849] Die reactie was verrassend. In het kader van de Wet op het Voortgezet onderwijs van 1960 had de Staatssecretaris van Onderwijs namelijk een Commissie van Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (COOV) geïnstalleerd bij de afdeling Sociaal Pedagogisch Onderwijs. Deze commissie moest zich bezighouden met de beroepsopleidingen in de gezondheidszorg, voorzover ze niet onder de wet op het wetenschappelijk onderwijs vielen.[2850] Dit COOV stelde dat 'wanneer tijdens de opleiding *geen* sprake was van zelfstandige werkzaamheid van de leerling in de praktijk, het de voorkeur verdiende zowel opleiding als uitvoerend werk onder Sociale Zaken en Volksgezondheid te laten vallen.'[2851] Aangezien leerlingen formeel altijd onder toezicht dienden te werken van een gediplomeerde verplegende trok de COOV de conclusie dat ze de verpleegopleidingen dus niet in haar arbeid hoefde te betrekken, met uitzondering van de hogere opleidingen, omdat de reeds gediplomeerden die deze volgden wel zelfstandig mochten werken. Het gevolg hiervan was dat de Hogere Opleidingen voor Verplegenden in Nijmegen en Utrecht veel eerder dan de betrokkenen bij het inservice-onderwijs met de ambtenaren van het Sociaal Pedagogische Onderwijs van het Ministerie in Den Haag in overleg traden en hen waarschijnlijk beïnvloedden.

Uit de reactie van de Inspecteur-Generaal bleek dat het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen in 1965 een van het COOV afwijkend standpunt innam. Verrassend

---

[2848] Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging voor Katholieke gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken 1966, 4. Met dank aan (wijlen) A.C. Lit.

[2849] Deze brief van M. Goote, Inspecteur-Generaal van Onderwijs (gedateerd 15-9-1965), werd op 28-11-1994 door (wijlen) A.C. Lit gezonden aan G.J.C. Aan de Stegge.

[2850] Ouwehand 1960, 205-206.

[2851] Van der Spek 1966, 10. Met dank aan J. Zwanikken-Leenders.

was ook dat J.B.M. Veraart, hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, na lezing van Lits voorstel liet weten dat hij prijs zou stellen op publicatie van de tekst, mits 'men duidelijk zou laten uitkomen dat het een herziening van de B-opleiding betrof'.[2852] Dit gebeurde in 1966 zowel in de vorm van een klein boekje als in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*. Veraarts wens was waarschijnlijk ingegeven door zijn streven om de psychiatrie met betrekking tot de Mammoetwet een voorhoederol te laten spelen. In de ziekenhuiswereld riepen de publicaties heftige reacties op, omdat in de loop van 1966 een nieuwe wettelijke beschikking voor de A-opleiding werd verwacht, waarin het MULO-diploma als vooropleidingseis zou gelden en het theoretische deel naar 800 lesuren werd opgetrokken. De theorie voor de A-opleiding mocht volgens die beschikking ook gegeven worden in samenwerking met een school, mits de daar aangeboden vakken precies dezelfde waren als die in een gewone inservice-A-opleiding en de vereiste praktijkervaring in (maximaal twee) algemene ziekenhuizen werd opgedaan. Dit voorstel behelsde dus dat de A-leerlingen zich strikt tot de leerstof van een gewone A-opleiding bleven beperken en dat zij alleen praktijkervaring zouden opdoen in algemene ziekenhuizen. In vergelijking daarmee ging het voorstel van Lit veel verder. Dat behelsde dat alle leerlingen een bredere theoretische en praktische basis zouden krijgen, zowel op het gebied van de algemene ziekteleer als op dat van de psychiatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Hun praktijkervaring zouden zij op verschillende werkplekken opdoen, om uiteindelijk pas in het laatste jaar de keuze te maken voor een specifiek werkveld. In het model van Lit zouden alle A-leerlingen in aanraking komen met de psychiatrie en alle B-leerlingen met de algemene gezondheidszorg.

De Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen achtte dit geschilpunt zó belangrijk dat ze haar voorjaarsvergadering van 1966 aan deze kwestie wijdde.[2853] De geneesheer-directeur van Zon en Schild, Jacobs, lichtte het op Lits notitie gebaseerde voorstel van de Commissie Westerhuis toe. Hij wees erop hoezeer de psychiatrie en de psychiatrische verpleging in beweging waren en hoezeer de B- van de A-opleiding verschilde. Ook signaleerde hij problemen in de B-opleiding: de onduidelijke status van leerlingen, die tegelijkertijd werknemer waren; leerstof die niet voldoende aansloot op de actuele praktijk; onderwijsvormen die niet genoeg uitnodigden tot zelfstandig denken en werken; onvoldoende didactische scholing van de vakdocenten; en tot slot de storende invloed van jonge, externe instituten die onderwijs op HBO-niveau aanboden ten behoeve van kleine, maar zeer aantrekkelijke stukjes van het werkterrein, zoals de arbeids- en de bewegingstherapie, en die op die manier de aantrekkingskracht van de B-opleiding ondermijnden. Volgens Jacobs moest de psychiatrische verpleging zich vernieuwen in de richting van 'orthopedagogiek toegepast op psychiatrisch zieke volwassenen […] De B-opleiding dient erop gericht te zijn de vrijheid van de op te leiden persoon zo te richten dat deze in staat wordt gesteld zieken die geestelijk onvrij zijn, weer

[2852] De brief van J.B.M. Veraart (gedateerd 10-12-1965) werd op 28-11-1994 door A.C. Lit gezonden aan G.J.C. aan de Stegge.

[2853] Godfried 1966 en Jacobs 1966. De Geneeskundige Vereeniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen werd in 1900 opgericht door onder anderen J. van Deventer en bleef de hele eeuw bestaan. Van Deventer achtte het gewenst dat geneesheren-directeur van verschillende soorten ziekenhuizen (psychiatrische en algemene, academische en niet-academische etcetera) zich aaneensloten, opdat zij de problemen waar zij in de functie van geneesheer-directeur tegenaan liepen niet hoefden te bespreken met aan hen ondergeschikte artsen, doch met andere leidinggevenden. Zie Boersma 2000.

tot vrije mensen te maken'.[2854] Van groot belang was de, ook al in het *Rapport diploma-B* in 1957 bepleite, 'persoonlijkheidsvorming' van leerlingen, want alleen een zelfstandige verplegende zou recht kunnen doen aan de zelfstandigheid van patiënten.[2855] Naast een herziening van de inservice-opleiding bepleitte Jacobs experimenten met 'de gedifferentieerde verpleegopleiding' binnen het kader van de Mammoetwet.

Ook de 'Dag van de Verpleging' in 1966 stond in het teken van de psychiatrie. Op die dag publiceerde W.A. van den Hurk alias broeder Andreas, hoofd van de B-opleiding in Voorburg te Vught, het boekje *Bewaken wordt begeleiden: moderne psychiatrische verpleging*. Vóór 1960, aldus Van den Hurk, was psychiatrische verpleging vooral schoonmaken, lichamelijke verzorging en het in stand houden van een goed bedoeld, maar toch nadrukkelijk repressief regime. 'Heus, we waren als verplegers goed voor de patiënten, zolang zij tenminste maar deden wat wij wilden.'[2856] Rond 1960 had de eerder vermelde Studiegroep leidinggevende verplegenden een kentering op gang gebracht door erop te wijzen dat leerlingen terecht kritische vragen stelden over hun taken en dat artsen terecht eisten dat de verplegenden een therapeutische sfeer konden scheppen op de afdelingen. Enkele verplegenden droegen de nieuwe ideeën in de eerste helft van de jaren zestig uit in handleidingen.[2857] Daarin benadrukten zij dat verplegen de 'wetenschap' was, die algemene kennis leverde op grond waarvan men individuele patiënten verantwoord en 'doelgericht' kon begeleiden.[2858] Daarop voortbordurend stelde Van den Hurk dat de moderne psychiatrische verplegende tot taak had voor de patiënt omstandigheden te creëren 'waarin hij zichzelf kan zijn en zichzelf kan handhaven ten overstaan van zichzelf zowel als ten overstaan van de ander'. Patiënten moesten de kans krijgen zichzelf te begrijpen en te ontplooien. Verder achtte hij het 'communicatieve aspect' van groot belang: ten behoeve van de therapie dienden verplegenden zo optimaal mogelijk te communiceren met zowel artsen als patiënten. Hun rol verschoof van corrigeren en beheersen ('bewaken') naar luisteren, stimuleren en ontwikkelen ('begeleiden'). Dit bracht met zich mee dat psychiatrisch verplegenden meer van psychiatrische ziektebeelden, psychologie, gespreksvoering en communicatie moesten weten.

De aanzet tot dergelijke vernieuwingen was volgens Van den Hurk al gegeven met de plannen voor nieuwe opleidingen voor leidinggevenden in de psychiatrische verpleging. Zo was een stafopleiding in de B-verpleging ontwikkeld en had de psychiatrie met ingang van 1965 ook de weg naar de Hogere Opleidingen weten te vinden. Hij eindigde zijn boekje met de presentatie van het 'Voorstel Lit' voor een gemeenschappelijke basisopleiding voor verplegenden uit de A-, de B- en zelfs de (nog niet wettelijk erkende) Z-sector. Of dit voorstel de juiste weg aangaf, wist Van den Hurk niet zeker. Hij vroeg zich af of een zuster die met hart en ziel op een intensive care afdeling werkte, ook nog geschikt was om sociotherapie te bedrijven. Volgens hem vereisten zowel de intensive care in het algemeen ziekenhuis als de psychiatrische verpleegkunde een dermate diepgaande persoonlijke ontwikkeling dat een overstap van

---

[2854] Jacobs 1966, 202-203.
[2855] Zie over het *Rapport diploma-B*: 3.4.6. Het verpleegsterstekort.
[2856] Van den Hurk 1966, 5.
[2857] Stevens, Pepping en Lammens 1960-1963; Verdel 1963; Kramer 1968.
[2858] Stevens, Pepping en Lammers 1960-1963, deel I, 1. Zie ook 3.4.5. Een katholieke broeder aan de wieg van de psychiatrische verpleegkunden; 3.4.6. Het verpleegsterstekort.

de ene naar de andere specialisatie niet mogelijk was zonder een herscholingstraject. Wel onderschreef hij het streven naar een bredere persoonlijkheidsvorming voor alle verplegenden. 'Omgaan met de patiënt, dat is verplegen. Het instrument van ons verplegen is onze eigen persoon. Niet de injectiespuit is het belangrijkste, of de poeder, maar de MENS die verpleegster of verpleger heet.'[2859]

De ideeën van Lit, Jacobs en Van den Hurk maken duidelijk dat zenuwartsen en leidende psychiatrisch verplegenden in het midden van de jaren zestig ervan uitgingen dat onderwijs in de antropologie, psychologie, psychotherapie, agogie, intermenselijke relaties, communicatie, sociologie en groepsprocessen tot een aanmerkelijke verbetering zou leiden van het therapeutisch effect van de dagelijkse omgang tussen verplegenden en patiënten. Een belangrijk verschil tussen zenuwartsen en verplegenden was dat de eersten vooral belang hechtten aan het aanbieden van de juiste theoretische leerstof, terwijl de laatsten nadruk legden op 'gesuperviseerde praktische oefening in' en de 'reflectie op' de geïntensiveerde communicatie met patiënten. Maar voor beide partijen was de psychiatrisch verplegende méér dan simpelweg een 'rad in de medische machine', zoals Querido de functie van de 'verpleegster' in 1960 nog getypeerd had.[2860] Hij of zij stond bovendien een stuk dichter bij de patiënten dan tijdens de 'opvoedende' groepsactiviteiten van de jaren dertig, veertig en vijftig, waarbij een verplegende de leiding had. De verplegende in de psychiatrie kon nu bogen op een zelfstandig taakgebied, al moest dit nog verder ontwikkeld worden. Vanaf omstreeks 1965 verschenen in dit kader tal van boeken van de hand van academisch geschoolde hulpverleners (psychiaters, psychologen, agogen, andragologen, sociologen en juristen), die relevante kennis uit hun eigen vakgebied 'vertaalden' naar de psychiatrische verpleging.[2861]

De toenmalige directeur-generaal van Volksgezondheid, Kruisinga, bouwde voort op deze ontwikkelingen.[2862] In de wetenschap dat ook minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels in hun Gezondheidsnota van 1966 stelden dat de verpleegopleiding diende te vallen onder zowel het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid als onder dat van Onderwijs en Wetenschappen, zette hij vertegenwoordigers van de psychiatrie in om een veel bredere definitie van verpleging te lanceren dan tot dan toe gebruikelijk was in de algemene ziekenhuizen. In het verlengde daarvan wist hij, toen hij staatssecretaris was geworden, een fundamentele doorbraak in het opleidingsstelsel voor de verpleging te bewerkstelligen: de oprichting van een Hogere Beroeps Opleiding voor Verplegenden.

Eind 1966 nam Kruisinga drie initiatieven. Allereerst installeerde hij een commissie van zenuwartsen en psychiatrisch verplegenden om een zodanige wettelijke herziening van de B-opleiding voor te bereiden dat deze zou passen bij de kort daarvoor gepubliceerde regeling voor de A-opleiding. De commissie diende zich te houden aan de voor zowel de A- als de B-opleiding geldende Wet tot bescherming op het Diploma

---

[2859] Van den Hurk 1966, 16. Opmerkelijk is dat Van den Hurk nergens expliciet gewag maakt van de psychofarmaca.
[2860] Querido 1960, 112.
[2861] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, bijlage 1.
[2862] Dit blijkt uit een brief van R.J.H. Kruisinga aan de Contactcommissie van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland en de Katholieke Vereniging van inrichtingen voor behandeling en verpleging van geestelijk gestoorden van 29-8-1966.

Ziekenverpleging van 1921. Vervolgens riep Kruisinga betrokkenen bij alle verpleegopleidingen bijeen om het voorstel van Lit en de consequenties daarvan voor de nieuwe A-opleiding te bespreken. Deze vergadering mondde uit in de conclusie dat voor het welslagen van de nieuwe, gedifferentieerde verpleegopleiding die Lit voorstelde allereerst een moderne, integrale visie op de verpleging nodig was. Wat was de essentie ervan als deze in de diverse sectoren van de gezondheidszorg zo'n volstrekt andere gedaante had? Tot slot riep Kruisinga op verzoek van de ziekenhuis-, kruis-, beroeps- en vakorganisaties een groot aantal vertegenwoordigers uit deze geledingen bij elkaar om te debatteren over de vraag of het verpleegberoep wel voldoende perspectieven bood voor abituriënten van HAVO en VWO.[2863] De aanwezigen waren van mening dat dit niet het geval was. Het resultaat van deze laatste vergadering was dat de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden werd geïnstalleerd met als opdracht zich te buigen over de vragen wat 'verplegen' inhield, hoe een Hogere Beroeps Opleiding eruit zou moeten zien en voor welk type functies zo'n HBO Verpleegkunde betekenis zou hebben.

Deze Commissie, ook wel Commissie-Van Loon geheten naar haar voorzitter, bestond uit circa veertig leden, die zich in subgroepen met verschillende deelvragen bezighielden. De leden vanuit de psychiatrie bogen zich vooral over de vraag wat verplegen inhield. De commissie kwam in 1968 met haar eindrapport.[2864] Dit sloot aan bij de aanbeveling van de Commissie Verpleegsterstekort onder leiding van Querido, die in 1962 had geadviseerd mannen meer mogelijkheden te bieden in dit vak. In het eindrapport was sprake van de term 'verplegers' ter aanduiding van het collectief van alle verpleegsters en verplegers.[2865] Door het gebruik van deze term in plaats van de gangbare aanduiding 'verpleegsters' en onder verwijzing naar historische, juridische en vooral ook internationale ontwikkelingen benadrukte de commissie het professionele karakter van het verpleegvak en presenteerde zij dit deels ook als een mannenberoep. Aanhakend bij de holistische definitie van verplegen van V. Henderson, auteur van *Basic principles of nursing care* (1961)[2866], omschreef zij 'verplegen' als 'het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt dan wel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale condities kan functioneren.' Daarbij zouden 'de behoeften van de individuele patiënt', vooral de lichamelijke, psychische en psychosociale, centraal moeten staan.[2867] De verpleging moest zich echter terughoudend opstellen ten aanzien van sociale, ethische en culturele behoeften van patiënten, zeker zolang dezen nog voornamelijk in beslag genomen werden door hun lichamelijke of psychologische aandoeningen. Waarschijnlijk was dit standpunt het product van een moeizaam bevochten compromis tussen enerzijds verpleegsters en vertegenwoordigers van de algemene gezondheidszorg en anderzijds representanten van de psychiatrie binnen de Commissie-Van Loon. Een psychiatrisch verpleger als Van den Hurk achtte het in de psychiatrie immers wel degelijk van belang om zich ook op het stimuleren van de 'hogere' behoeften te richten.[2868] De boodschap van de commissie was dat 'de verpleger' waardering verdiende als een relatief zelfstandige beroepsbeoefenaar, die de aan de arts

[2863] Van Loon 1969, 5.
[2864] Van Loon 1969.
[2865] Van Loon 1969, 11.
[2866] Van Hendersons boek kwam in 1969 een Nederlandse vertaling uit.
[2867] Van Loon 1969, 28.
[2868] Van den Hurk 1966. Deze illustreerde zijn boekje bovendien met creatieve uitingen van patiënten.

nevengeschikte taak had om behoeften van de zieke mens centraal te stellen, zijn lijden te verminderen en zijn herstel te bevorderen.

Op basis van deze invulling van het verpleegberoep stelde de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden voor om ten behoeve van VWO- en HAVO-abituriënten in het kader van de wet op het Voortgezet Onderwijs en als extra toegangsweg tot de verpleging een verkorte en geïntegreerde hogere beroepsopleiding op te zetten voor alle vormen van verpleging: A, B, Z en MGZ (maatschappelijke gezondheidszorg). Het ontwerpcurriculum voor deze HBOV bestond uit vier leerjaren, met in totaal 119 praktijk- en 66 theorieweken (waarvan 20 voor psychiatrie).[2869] Na een korte inwerkperiode zouden deze HBO-afgestudeerden vooral in kaderfuncties aangesteld kunnen worden en ze zouden ook toegang moeten krijgen tot een wetenschappelijke opleiding in de verpleegkunde. Daarnaast zouden verplegenden met een reguliere A- en B-opleiding eveneens een mogelijkheid moeten behouden om via een stafcursus in 'middenkaderfuncties' in te stromen. Voor hen gold daarbij echter de eindrang van 'eerste verplegende', tenzij zij bereid waren verder te studeren.[2870] De commissie bepleitte een geleidelijke invoering van de HBOV. Mede met het oog op de sterk groeiende vraag naar verpleegkrachten en de behoefte aan continuïteit in de uitvoering van de zorg kon de gezondheidszorg zich geen overhaaste afbraak van de bestaande inservice-opleidingen, nog altijd de belangrijkste personeelsvoorziening, veroorloven. De experimenten met de HBOV dienden zelfs onverwijld te worden stopgezet als zou blijken dat de inservice-opleidingen daardoor leeg liepen. De commissie hoopte vooral dat het zou lukken om door middel van het opstarten van twee experimentele HBOV-opleidingen in 1972 een nieuwe doelgroep voor een loopbaan in de verpleging te interesseren, namelijk de mannen onder de HAVO- en VWO-gediplomeerden.[2871] Dit zou vooral gewenst zijn voor de algemene ziekenhuizen, waarin op 40.000 verplegenden slechts 1.600 mannen (4 procent) werkzaam waren, terwijl hun aantal in de psychiatrie ongeveer 3.000 op een totaal van 7.000 (meer dan 40 procent) bedroeg.[2872]

Al gauw kwamen er kritische reacties op deze aanbevelingen. Zo vonden A.J.H. Thiadens en M.J. Smulders-Aghina, beiden lid van de uit 'kritische' werkers in de gezondheidszorg bestaande Werkgroep 2000 en daarbinnen betrokken bij het project 'Ziekenhuis, menselijk en modern', dat de 'verpleegkundige van de toekomst' zijn of haar zelfstandig denk- en handelvermogen niet langer door artsen of door lijsten vol hiërarchisch geordende menselijke behoeften moest laten inperken. Evenmin hoefde hij of zij zich te beperken tot 'symptoombestrijding', ook niet als de oorzaak van een aandoening sociaal, ethisch of cultureel van aard was. Thiadens en Smulders-Aghina signaleerden dat in het bijzonder de psychiatrisch verplegenden dit ook al niet meer deden en dat hun beroepsinhoud dus verder ontwikkeld was dan de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden suggereerde.[2873]

Voor de Geestelijke Gezondheidszorg betekenden de aanbevelingen van de commissie een inperking van de definitie van verpleging en een vergroting van de

---

[2869] Van Loon 1969, 59.
[2870] Van Loon 1969, 71.
[2871] Van Loon 1969, 49.
[2872] B.T.G. de Jong, voorzitter van één van de drie subcommissies van de Commissie Van Loon, aangehaald door Hendriks 1970, 13.
[2873] Thiadens en Smulders-Aghina 1971, 39, 43, 45, 49. Zie ook Aghina en Tielens 2000 [1973].

concurrentie op de arbeidsmarkt. Tot 1970 kozen mannen die zich aangetrokken voelden tot de verpleging immers vrijwel altijd voor een start in de psychiatrie, omdat zij in de algemene gezondheidszorg minder welkom waren. Dat zou nu veranderen. In 1971 wijdden de beroepsorganisaties in de verpleging de Dag van de Verpleging aan 'De man in de verpleging'. Ronkend heette het in de aankondiging:

> Het gaat niet aan om in denken en handelen de complexiteit van verpleegkundige zorg nog langer af te wentelen op de vrouwelijke beroepsbevolking. In maatschappelijke zin bedrijven we hiermee sinds jaar en dag STRUISVOGELPOLITIEK van de eerste orde, waar niemand mee gebaat is. […] wij zullen voor de gezondheidszorg in de komende jaren een EXTRA BEROEP OP TIENDUIZENDEN MANNEN EN VROUWEN moeten doen […][2874]

De dreigende concurrentie om personeel werd in de geestelijke gezondheidszorg echter niet opgemerkt. Waarschijnlijk haalde iedereen opgelucht adem dat verplegers eindelijk voor vol werden aangezien. Bovendien was er geen sprake van een acuut dreigend tekort. Ten gevolge van de babyboom van na de oorlog meldden zich juist in deze jaren steeds meer jongeren, onder wie veel mannen, voor de B-opleiding.[2875] Mogelijk werd de vrees voor concurrentie ook overstemd door de hoge verwachtingen in de psychiatrie ten aanzien van de effecten van de AWBZ. In 1968, toen deze werd ingevoerd, gaf de beroemde Franse psychiater P. Sivadon op een congres over 'Het Psychiatrisch Ziekenhuis' te Amsterdam een beschrijving van het particuliere Marcel Rivière Instituut in La Verrière. Deze instelling huisvestte 300 patiënten in tien eenheden voor elk dertig patiënten, die door middel van schuifwanden nu eens kleiner en dan weer groter konden worden gemaakt, afhankelijk van hun behoefte aan 'eenzaamheid' of aan 'opgaan in de gemeenschap'. Er waren maar liefst 320 personeelsleden beschikbaar, onder wie 150 verplegenden. Sivadon wees met nadruk op het belang van voldoende verplegend personeel in de psychiatrie, om 'goede intermenselijke relaties tussen hen en de patiënten' mogelijk te maken. De 1.100 congresbezoekers, onder wie tien procent verplegenden, waren onder de indruk en hoopvol gestemd. Wellicht zou de AWBZ een dergelijke getalsverhouding tussen personeel en patiënten ook in Nederland mogelijk maken. In dat geval zou er nog heel wat moeten gebeuren aan de houding, de functie en de opleiding van het verplegend personeel. De sessies over deze onderwerpen werden dan ook het drukst bezocht.[2876]

Een groep B-leerlingen, die in 1967 op de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder met de B-opleiding begonnen was en die begin 1970 de zogenaamde 'Aktiegroep Willem' vormde, huldigde vergelijkbare opvattingen.[2877] Bij gerucht vernamen zij dat de aanvangsleeftijd voor een B-leerling zou worden verlaagd naar zestien jaar - te jong naar

---

[2874] Commissie Voorlichting en Publiciteit van de Federatie van Verenigingen die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen 1971.
[2875] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.
[2876] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.
[2877] Elders in het land zou deze actiegroep wel 'Dolle Willem' worden genoemd, omdat de groep zich emancipatoir opstelde en begrip toonde voor 'Dolle Mina', de in december 1969 opgerichte feministische actiegroep te Amsterdam

hun idee. Daarnaast had leerling T. van der Donk zijn takenpakket op de stage-afdeling geanalyseerd. Dit bleek overheerst te worden door ‘oppassen’ en ‘huishoudelijk werk’.[2878] Dat moest volgens hem veranderen. Daarnaast had hij tot zijn verbazing waargenomen dat de zestig chronische patiënten op zijn afdeling hem 's avonds soms niet eens opmerkten, omdat zij daarvoor, mede als gevolg van de medicatie, te versuft waren. Hij dacht meer te kunnen bereiken met deze patiënten, maar daarvoor ontbrak hem de kennis. Met zijn medeleerlingen discussieerde Van der Donk uitgebreid over het ministeriële conceptrapport over de herziening van de B-opleiding, dat hen tegenviel. De veranderingen gingen niet verder dan de randvoorwaarden. Zij hadden een curriculum verwacht met sociologische, agogische en sociaalpsychologische leerstof, dat toegespitst was op het omgaan met psychiatrische patiënten, evenals trainingen in gesprekstechniek en relevante kennis over medicatie. Het aantal lesuren was weliswaar verhoogd tot 800 uur, maar nieuwe vakken werden nauwelijks ingevoerd.

Het toezicht op het praktijkleren van de leerlingen was evenmin gewijzigd. Zij moesten hun leerproces blijven ‘bewijzen’ door voorafgaand aan hun eindexamen een ‘praktijk- en rapportenboekje’ te overleggen waarin alle vaardigheden die zij moesten beheersen driemaal waren afgetekend. Het ging daarbij vooral om verpleegtechnische vaardigheden, die volgens de critici waren afgestemd op ‘somatisch zieke mensen’ en derhalve niet relevant waren voor de psychiatrie.[2879] Sommige technische vaardigheden waren bovendien zó verouderd dat zij in de praktijk al jaren niet meer verricht werden, zoals het ‘ontluizen met staal- en netenkam’, het ‘geven van mosterdpapkompressen’, het ‘toedienen van zweetbaden door hete kruiken’ en het ‘toepassen van een spanlaken’. Dit waren dan ook de voorbeelden waarmee deze kritische verplegenden aandacht van de media kregen voor de ‘Lachwekkende exameneisen voor verplegers en verpleegsters’.[2880] Zo maakte Aktiegroep Willem het spanlaken als ‘volkomen verouderd’ belachelijk doordat leden ervan zich ermee jonassend - één van hen met lachend gezicht door het gat van het laken gestoken - lieten afbeelden bij een artikel in het *Utrechts Nieuwsblad*. Vaardigheden die anno 1970 wél aan de orde waren, zoals het tot stand brengen van een prettig leefklimaat voor en het ‘doelgericht praten met de patiënten’, stonden juist níet in het boekje.[2881] Het boekje werd louter voor de vorm afgetekend. Aktiegroep Willem vond het zinvoller als leerlingen over hun praktijkervaringen zouden reflecteren door daarover een stageverslag te schrijven. Het hoofd van de stage-afdeling zou dan moeten beoordelen of leerlingen bewezen dat zij aan ‘inzicht’ hadden gewonnen. Onder deze generatie B-leerlingen maakte de geleide zelfontplooiing plaats voor het streven naar spontane zelfontplooiing.[2882]

Een van de vrouwelijke leerlingen opperde het idee om het verouderde praktijk- en rapportenboekje als actiemiddel in te zetten.[2883] Weliswaar was de B-opleiding op de Willem Arntsz Hoeve al vernieuwd en toonden de docenten begrip voor het standpunt van de leerlingen, maar het ging hen om een structurele, wettelijk verankerde verbetering

---

[2878] Gesprekken G.J.C. aan de Stegge met E. Verkerk d.d. 10-2-2004 en T. van der Donk d.d. 3-6-2004.
[2879] Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, Uitspraak van E. van de Poll, lid van Aktiegroep Willem, in *Televizier Magazine* 2 maart 1970.
[2880] *Het Vrije Volk*, 4-2-1970.
[2881] Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, Uitspraak van E. van de Poll, *Televizier Magazine* 2 maart 1970.
[2882] Zie ook 4.2.1. Van geleide naar spontane zelfontplooiing.
[2883] Interview G.J.C. aan de Stegge met M. van de Siepkamp-de Vries d.d. 26-2-2004.

van de B-opleiding. Twintig leerlingen leverden hun praktijk- en rapportenboekje in bij het hoofd van de B-opleiding, waarop de eerste actievergadering plaatsvond op het terrein van de Willem Arntsz Hoeve. Geneesheer-directeur Poslavsky verklaarde zich onmiddellijk solidair. Ook stelde de directie van de Willem Arntsz Hoeve een ruimte in het directiegebouw, een telefoonlijn en stencilapparatuur ter beschikking aan de actiegroep. Deze stuurde een open brief aan staatssecretaris Kruisinga en een afschrift daarvan aan alle B-opleidingen, de Commissie tot Herziening van de B-opleiding, leden van de Tweede Kamer en de pers. In deze brief was te lezen dat een aantal B-leerlingen van de Willem Arntsz Hoeve weigerde het boekje nog langer als onderdeel van het examen te erkennen en dat de actie was ontstaan uit 'enorme ontevredenheid over de trage, langdurige en slepende wijze waarop tot heden commissie op commissie ter herziening van de B-opleiding gewerkt heeft en […] gefaald!'[2884] Verder kondigde de actiegroep aan dat er in het hele land boekjes ingezameld zouden worden met de bedoeling om deze bij Kruisinga in te leveren. Dit alles moest op korte termijn leiden tot een daadwerkelijke herziening van de B-opleiding.

De actie trok veel media-aandacht. De VPRO-radio besteedde er als eerste aandacht aan, in het *Algemeen Dagblad* en *De Telegraaf* verschenen grote artikelen en journalisten interviewden de actievoerders. De teneur van de berichtgeving was dat hun klachten gerechtvaardigd waren. Het waren vooral mannen die als woordvoerders van de actiegroep optraden.[2885] Tijdens een Tweede Kamerdebat over de actie verklaarde Kruisinga dat hij evenmin tevreden was over de A- en de B-opleiding. Wezenlijke verbetering verwachtte hij echter niet zozeer van een herziening van de inservice-opleidingen als wel van de invoering van dagonderwijs. Hij kondigde dan ook aan dat hij al in 1972 een aantal HBO-dagopleidingen voor de verpleging zou opstarten en dat hij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zou verzoeken om een Vaste Commissie van Advies en Bijstand te installeren om zich te buigen over de verpleegopleidingen. Daarin zou het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen moeten participeren. Vooruitlopend op deze maatregelen achtte Kruisinga een aantal aanpassingen van de B-opleiding, zoals de invoering van een stageverslag, mogelijk. Tot afschaffing van de praktijk- en rapportenboekjes wilde hij echter niet overgaan en hij weigerde ook om terug te komen op zijn besluit tot verlaging van de aanvangsleeftijd van leerling-verplegenden. Dat laatste zou noodzakelijk zijn omdat 'gediplomeerde verpleegsters' ieder jaar weer jonger gingen trouwen. Wilden de ziekenhuizen nog enig profijt kunnen trekken van de in hun inservice-opleiding gepleegde investeringen, dan moesten 'de meisjes' eerder beginnen.[2886] Deze overweging was ingegeven door het feit dat de algemene ziekenhuizen jaarlijks zeer veel verpleegsters moesten vervangen. Bij Aktiegroep Willem leidde deze redenering tot hilariteit, omdat in de psychiatrie ongeveer de helft van alle verplegenden tot het mannelijk geslacht behoorde. 'Toch wel jammer van al die jongens die hun best doen' schreef iemand. Ene 'L. Rosewater' wijdde er een gedicht aan met de

---

[2884] Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, *Televizier Magazine* 2 maart 1970. Zie ook: Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, Archief Nieuw Dennendal, (1965-), 1969-1974 (1989), nr. 38, Stukken betreffende Aktie Willem, brief aan Kruisinga d.d. 28 januari 1970.

[2885] De directie van de Willem Arntsz Hoeve besloot om een aantal woordvoerders volledig voor de actie vrij te stellen, waarbij vier mannen werden aangewezen, tot grote teleurstelling van enkele vrouwen onder de actievoerders.

[2886] Handelingen der Staten-Generaal, 1969-1970, Begrotingsbehandeling van het Departement voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, 40e vergadering, 3-2-1970.

cynische conclusie: ‘En waar is dus de opleiding naar gericht? Naar ons aller voortplantingsdrift.’[2887]

In weerwil van de terughoudendheid van Kruisinga had de actiegroep onder psychiatrisch verplegenden zeer veel succes. Een week na het begin van de actie hadden al zeventig leerlingen van de Willem Arntsz Hoeve hun praktijk- en rapportenboekje ingeleverd.[2888] De dagelijks uitkomende *Aktiekrant* van de Aktiegroep Willem vond veel aftrek en de actiegroep organiseerde dagelijks lezingen en discussieavonden in psychiatrische ziekenhuizen in het hele land. Van den Hurk verzorgde samen met leden van de actiegroep nogmaals een informatieve radio-uitzending over de actie voor de VPRO-radio. De katholieke broeders van Reinier van Arkel te Den Bosch alsook die van Voorburg te Vught, van St. Willibrord te Heiloo en van St. Joseph te Apeldoorn richtten ‘collega-actiegroepen’ op ten einde een ‘agogisch’ gerichte B-verpleging te realiseren. Oud-verpleegsters stuurden hun eigen ‘toverboekje’ op uit protest tegen de ‘folklore van de verpleging’. Anderen stuurden geld, snoep of een solidariteitsverklaring. Enkele politici van de PPR en de PvdA verklaarden zich solidair. Sommige patiënten van de Willem Arntsz Hoeve lieten merken dat zij begrepen dat de leerlingen zich voor hún welzijn inspanden. Zo schreef een mevrouw hoe ‘mieters’ zij het vond dat de actievoerders het in een paar weken tijd al zover gebracht hadden.[2889]

Ook de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, Baan, met wie de actievoerders een gesprek hadden, had grote waardering voor hun wens om de patiënten op meer adequate wijze terzijde te staan. Hij was het met hen eens dat jonge leerlingen eerst meer theoretische kennis en voorbereiding moesten opdoen alvorens zij de praktijk ingingen. Ook stemde hij in met de eis om het praktijkboekje op korte termijn af te schaffen en een stageverslag in te voeren. Tegelijkertijd stelde hij echter dat Nederland zijns inziens net als de rest van de wereld moest toewerken naar één algemene basisopleiding in de verpleegkunde, met daarbovenop zowel een differentiatie- als een specialisatie-mogelijkheid. Deze opvatting stond op gespannen voet met het streven van de actiegroep naar een accentverschuiving in de B-opleiding 'naar de sociotherapeutische kant'.

Aan de vooravond van een protestmanifestatie op 3 maart 1970 in De Meerpaal te Dronten werd Aktiegroep Willem in een zeer welwillende uitzending van *Televizier Magazine* op televisie geportretteerd.[2890] De leerlingen - drie vrouwen temidden van een grote groep jonge mannen - wisten hun grieven in de uitzending helder over het voetlicht te brengen. Poslavsky sprak in de uitzending zijn begrip voor de actiegroep uit, die volgens hem een ‘werkbaar alternatief’ bood. De volgende dag trokken meer dan 1.150 B-leerlingen en zeker 250 gediplomeerde verplegenden vanuit alle psychiatrische ziekenhuizen in Nederland naar De Meerpaal.[2891] Namens staatssecretaris Kruisinga woonde Baan deze manifestatie bij. Hij verbaasde zich erover dat hij slechts één geneesheer-directeur tegenkwam - die van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Grave - terwijl het om zo'n belangrijke kwestie in de psychiatrie ging. Naar aanleiding van wat hij

---

[2887] [N.]Rosewater, *Aktiekrant* van Aktiegroep Willem, d.d. 14 en 15 februari 1970.
[2888] *Utrechts Nieuwsblad* 4-2-1970, 11.
[2889] *Aktiekrant* van Aktiegroep Willem 17-2-1970.
[2890] Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578, *Televizier Magazine* 2-3-1970.
[2891] Brief P. Baan met verslag van deze dag in Nota ontwikkelingen in de verplegingssector aan J. de Vries, 18 maart 1970. Archief van het Ministerie van VWS, te Steenbergen, nr. 1772.572.

op de manifestatie hoorde, kwam Baan tot de slotsom dat er veranderingen in de B-opleiding nodig waren, vooral met betrekking tot de examinering van het praktijkgedeelte en het schrijven van een stageverslag over het verpleegkundig handelen ten opzichte van patiënten. Een dergelijk verslag vereiste reflectie van leerlingen op hun eigen gedrag. Daarnaast vond Baan dat er een basisopleiding moest komen voor alle verplegenden met een mogelijkheid tot differentiatie en specialisatie. Deze door Baan bepleite wijzigingen werden in de zomer van 1970 ingevoerd.[2892]

Ondertussen creëerde Kruisinga draagvlak voor de HBOV. In het voorjaar van 1970 installeerde hij de zogenaamde Commissie-Von Nordheim - geheten naar haar voorzitster J. von Nordheim - met de opdracht om de suggesties uit te werken die eerder waren gedaan op een conferentie over opleidingen in de verplegingssector in Kerk en Wereld te Driebergen. De commissie moest richting geven aan het verpleegkundig onderwijs op de langere termijn, met name door middel van een integratie van de diverse opleidingen en de vervroeging van de aanvangsleeftijd met het oog op een betere aansluiting op het voorbereidend onderwijs.[2893] Kruisinga zette zijn inspanningen voor het dagonderwijs kracht bij door de bekendste voorvechtster ervan, C.A.M. Verbeek, vanwege haar vele verdiensten voor de verpleegopleidingen in 1970 een ridderorde te verlenen. In hetzelfde jaar gaf Kruisinga het startsein voor de daadwerkelijke realisatie van de eerste HBOV-opleidingen: een in Leusden en een in Nijmegen.[2894] Kort daarvoor had hij de Vaste Commissie van Advies en Bijstand inzake de Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid geïnstalleerd. Deze commissie zou tot in 1991 blijven bestaan en zeker vijftig rapporten uitbrengen over de verpleging, waarvan de helft betrekking had op de opleiding, met name op het niveau - MBO of HBO - daarvan.[2895] Opvallend is echter dat van alle uitgebrachte adviezen slechts één uitsluitend was gewijd aan de psychiatrische verpleegkunde en wel aan de vraag of daarbinnen behoefte bestond aan ‘specialisatie’. Op grond van haar definitie van het begrip specialisme, namelijk ‘een bijzondere deskundigheid op een deelgebied van de beroepsuitoefening, waartoe het volgen van een erkende voortgezette opleiding noodzakelijk is’, beantwoordde de commissie deze vraag in 1983 vooralsnog ontkennend: zij vreesde dat het creëren van specialistische functies de te verlenen basale verpleegkundige zorg in de psychiatrie zou kunnen schaden.[2896]

Desalniettemin was er reeds een specialisatie binnen de psychiatrische verpleging tot stand gekomen. In het kielzog van de instelling van de HBO-afstudeerrichting ‘Maatschappelijke Gezondheidszorg-GGz’ voor wijkverpleegsters op sociale- of gezondheidszorgacademies werd in 1973 bij Koninklijk Besluit de aantekening ‘sociaal

---

[2892] P. Baan, Nota over ontwikkelingen in de verplegingssector, (voor de staatssecretaris), in kopie verzonden aan J. de Vries op het Ministerie van Volksgezondheid, 18-3-1970. Archief van het Ministerie van VWS, te Steenbergen, archief afdeling MBO, 1.772.572; *Nederlandse Staatscourant* vrijdag 31 juli 1970, nr. 145, 4 en 5. Publicatie van Wijziging toelatingseisen Opleiding diploma B voor ziekenverpleging; Publicatie van Besluit van 20 juli 1970, nr. 180.186, Directoraat Generaal van de Volksgezondheid, Hoofdafdeling MBO, afdeling Opleiding.
[2893] Von Nordheim 1971.
[2894] Von Nordheim en Schreurs 1972, 11-24.
[2895] Festen 1972. Zie Bijlage nr. 9 voor een overzicht van de Adviezen van de Vaste Commissie Verpleging.
[2896] Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1983.

psychiatrische verpleging' op het B-diploma erkend.[2897] Dit besluit werd niet gepubliceerd als wijziging op de wet van 1921, maar als een wijziging op het besluit van 1928 ten aanzien van de wijkverpleging. Voortaan moest deze opleiding ook mannen toelaten. Het sociaalpsychiatrisch werk zou de enige specialisatie in de psychiatrische verpleging blijven. In 1979 kwam de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) tot stand.[2898] Samen met verpleegkundigen en sociotherapeuten die zich aansloten bij de in 1972 opgerichte Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen, waren sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen de enige verpleegkundigen die zich in deze periode op inhoudelijke gronden organiseerden. Op den duur zouden deze sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen ook het werk van de bijna 180 psychiatrisch-sociaal werksters in de Medisch Opvoedkundige Bureaus overnemen. Het aantal sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen dat in Sociaal Psychiatrische Diensten dan wel RIAGG'en werkzaam was, nam tussen 1970 en medio jaren tachtig toe van ongeveer 200 tot tegen de 900.[2899] Staatssecretaris Kruisinga bepaalde in 1970 dat zij elk niet meer dan 75 'gevallen' onder hun hoede mochten hebben.[2900]

Rond 1970 legden Lit, Kruisinga, Aktiegroep Willem en Baan de basis voor de verdere ontwikkeling van de psychiatrische verpleegkunde tot 1985. Deze kreeg langs twee lijnen gestalte: via het inservice- en het dagonderwijs. Om een en ander in goede banen te leiden besloot Baan begin 1970 op de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een afdeling Verpleging en Opleiding te installeren met als hoofd de verpleegkundige C.J.M. Nieland.[2901] Zij had alle verpleegkundige diploma's behaald en zij was in de psychiatrie werkzaam geweest op Paviljoen 3 van het Wilhelmina Gasthuis en op de Willem Arntsz Stichting.[2902] Samen met de docenten B. van der Laan en P. Rooijackers had zij in 1969 het studieboek *Verpleegkundige Lessen voor Diploma B* geschreven, het tweede gedrukte Nederlandse leerboek van de hand van psychiatrisch verplegenden zèlf. Nielands taak was het uitoefenen van toezicht op de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening van psychiatrisch verplegenden. Nieland zette zich intensief in voor didactische en inhoudelijke vernieuwingen in de B-opleiding. Ook realiseerde zij meer zeggenschap van verpleegkundigen en verpleegkundig docenten over de opleiding. Zo bewerkstelligde zij in 1971 bijvoorbeeld al de benoeming van tien B-verpleegkundigen, van wie de meesten als docent of hoofd opleiding werkzaam waren, als rijksgecommitteerden bij de examens. Dezen dienden bij de examens die zij bijwoonden, de kwaliteit van de betreffende B-opleiding te beoordelen. Hiermee voltrok zich een 'stille revolutie'. Bijna tachtig jaar lang hadden immers louter artsen het toezicht op de eindexamens uitgeoefend.[2903]

[2897] Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969; *Nederlandse Staatscourant* 26-9-1973, nr. 186, 4. Publicatie van Koninklijk Besluit van 14-9-1973, nr. 54, tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 21 december 1928, nr. 104.
[2898] Van der Padt 1999, 150.
[2899] Kruisinga 1970, bijlage 7, 72; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988, 34.
[2900] Kruisinga 1970, 93.
[2901] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 79.
[2902] Gesprek G.J.C. aan de Stegge met Kick Nieland d.d. 14-3-2004.
[2903] *Nederlandse Staatscourant* , van 23-4-1971, nr. 78. Publicatie van een besluit van 15 april 1971, Directoraat Generaal van de Volksgezondheid, afdeling MBO, afdeling Opleidingen.

Op Nielands aandringen werd in 1973 het vak 'psychiatrische verpleegkunde' wettelijk erkend als eindexamenvak. Terwijl B-leerlingen tot die tijd les kregen in vakken als psychiatrie, anatomie, functieleer en gezondheidsleer alsook in verpleegtechnische vaardigheden, moesten zij nu expliciet stilstaan bij de wijze waarop zij dienden te reageren op problematisch gedrag van patiënten. Bovendien moesten leerlingen na 1973 in zowel het tweede als het derde leerjaar een verpleegkundig verslag opstellen dat gebaseerd was op een reeks van gesprekken met een patiënt. Het was nu dus de bedoeling dat zij zich verdiepten in de levensgeschiedenis en de situatie van één specifieke patiënt op hun stage-afdeling. Zowel de docent verpleegkunde als het hoofd van de betreffende afdeling moest het verslag beoordelen. Nieland vond kennelijk dat het verder doorpraten over een patiënt die een leerling goed kende, zinvoller was dan een praktijkexamen waarin hij of zij met een onbekende patiënt moest spreken en vervolgens voor de examencommissie diende uit te leggen wat deze mankeerde. Deze benadering bleek inderdaad zinvol. Toen enkele jaren later het 'persoonlijk begeleiderschap' van patiënten door een zogenaamd 'eerstverantwoordelijke verpleegkundige' geïntroduceerd werd, verschoof de verpleegkundige aandacht van de groep naar het individu.[2904] Door de verpleegkundige verslagen die zij hadden moeten schrijven, waren de meest recent opgeleide verpleegkundigen toen al enigszins voorbereid op deze werkwijze. Een van de pas benoemde regeringsdeskundigen, verpleger J.A.M. Kerstens, kwam in 1974 met de volgende definitie van verplegen:

> Psychiatrische verpleegkunde is het methodisch hulpverleningsproces waarbij de psychiatrisch verpleegkundige als lid van een team een integraal begeleidingsproces ontwikkelt waarin hij het intermenselijk contact hanteert als een therapeutische relatie en de sfeer rondom dat intermenselijk contact uitbouwt tot een therapeutisch milieu, teneinde de zieke mens te begeleiden van een afhankelijke naar een onafhankelijke relatie […][2905]

In 1975 kwam op initiatief van Nieland andermaal op basis van een zorginhoudelijk motief een wijziging in de B-opleiding tot stand.[2906] Ditmaal werd de titel 'verpleegkundige' in het vooruitzicht gesteld, een titel die, zoals men in de Memorie van Toelichting schreef, *'in feite reeds overal ingeburgerd was'.* Staatssecretaris Hendriks voerde de titel echter pas in 1978 in.[2907] De Memorie van Toelichting bij de wetstekst wees op 'frequente wijzigingen in behandelmethodes', waardoor de taak en de functie van de verpleegkundige uitgebreid en verdiept werden. Deze moest niet 'beschermen of lichamelijk verzorgen', doch 'begeleiden en revalideren'. Daarom wilde Nieland in de opleiding meer aandacht voor zelfwerkzaamheid, sociale vaardigheden en

---

[2904] Van Eindhoven 1979.
[2905] Kerstens 1974, 45-46.
[2906] *Nederlandse Staatscourant* 13 juni 1975, nr. 111. Publicatie van besluit van 30 mei 1975 nr. 28160, Directoraat Generaal van Volksgezondheid, Hoofdafdeling Medische Beroepen en Opleidingen, ondertekend door Staatssecretaris J.P.M. Hendriks, tot Algehele Wijziging regeling opleiding diploma B Ziekenverpleging, op voorstel van de Ministeriële Commissie Herziening Opleiding B-Ziekenverpleging.
[2907] *Staatsblad* 12 juli van 1977, nr. 397**.** Publicatie van Wetswijziging d.d. 8 juni 1977, ofwel Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. De regeling werd van kracht 1-1-1978.

gespreksvoering. Aan de opleiders werden hogere eisen gesteld: zij moesten in het bezit zijn van het B-diploma en een docentenopleiding hebben gevolgd. Het theorieonderwijs werd uitgebreid tot minstens 1.060 lesuren. Daarvan moest de helft uit 'psychische vakken', zoals psychiatrische verpleegkunde, psychiatrie, psychologie en andragogie, bestaan. Een derde van de lestijd was gewijd aan somatische vakken als gezondheids- en ziekteleer, anatomie, fysiologie en somatische verpleegkunde, terwijl ongeveer een vijfde was gereserveerd voor 'algemeen vormende vakken' zoals maatschappijleer, expressievakken en natuur- en scheikunde. In vier praktijkleerperiodes met een duur van zeven maanden dienden leerlingen ervaring op te doen in diverse sectoren van de psychiatrie. Zij moesten minstens twintig klinische lessen en twintig patiëntenbesprekingen bijwonen en minimaal 135 verpleegtechnische handelingen, waaronder zestig somatische verpleegtechnieken en 75 meer 'psychiatrisch getinte' vaardigheden, leren beheersen. Verder kreeg het leren schrijven meer aandacht: geoefend werd met een werkstuk ter verwerking van observaties en het overdragen daarvan aan anderen, twee verpleegkundige verslagen, twee werkstukken over expressievakken, twee over maatschappijleer en één over voedingsleer. Een praktijkverpleegkundige met de status van erkend docent of stagebegeleider begeleidde de leerling in het verwerken van alle opgedane praktijkervaringen. Het eindexamen bestond uit toetsingen van de psychische en somatische vakken alsook een casuïstisch eindgesprek. Net als artsen moesten gediplomeerden een gelofte tot geheimhouding afleggen. Nieland greep de wijzigingen in de opleiding aan om een 'Commissie Ziekenverpleging B' tot stand te brengen, die zou bestaan uit B-verpleegkundigen en/of docenten, en die voortdurend voor verbetering en aanpassing van de opleiding moest zorgen. De volgende ingrijpende wijziging zou in 1986 plaatsvinden.

Psychiatrisch verpleegkundigen hadden de regeling van 1975 kunnen aangrijpen om zich in een psychotherapeutische richting te ontwikkelen, zoals de Nederlandse psychiater F. van Ree en de bekende Amerikaanse doctor in de psychiatrische verpleegkunde H. Peplau, die in 1977 een lezing hield op het Nationaal Ziekenhuis Instituut te Utrecht, bepleitten.[2908] Volgens Peplau hadden psychiatrisch verpleegkundigen tot taak om het werk dat de patiënt zélf moest doen om zijn of haar probleem op te lossen, te faciliteren en te ondersteunen. Aan deze oproep om zich als verpleegkundige vooral therapeutisch op individuele patiënten te concentreren werd aanvankelijk in de Nederlandse psychiatrische verpleging nauwelijks gehoor gegeven. Deze was veeleer gericht op het leefklimaat van groepen patiënten. De verpleger en docent H. Vermaas sprak zich daarentegen wel uit voor een meer individuele benadering. Hij schreef in 1980:

> Vele psychiatrisch verpleegkundigen beseffen maar al te goed, dat de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige een volstrekt zinloze periode is, waarin je wordt opgeleid voor situaties die je niet aankunt. […] de problemen van de mens die psychiatrisch patiënt is geworden komen nauwelijks aan de orde. […] De psychopathologie en psychiatrie komen als donderbuien uit de lucht en het kost veel tijd je af te drogen en, eenmaal droog, te beseffen dat er ook nog nagedacht moet worden over de grondvragen van het menselijk bestaan […][2909]

[2908] Van Ree s.a.; Peplau 1977.
[2909] Vermaas 1980, 1036.

Vermaas vond dat er een antropologische wending nodig was. Ook pleitte hij voor meer aandacht voor concrete probleemsituaties op de werkvloer, zoals 'brandstichting in de separeerkamer', 'diefstal van geld van een medepatiënt', 'houdt zich nooit aan afspraken' en dergelijke. Hij stelde in dit kader zelfs voor te stoppen met de profilering van 'verpleegkundigen' en in plaats daarvan te pleiten voor één opleiding voor 'werkers in de gezondheidszorg' die dan allen aan de hand van een veelheid aan vakken in de antropologische richting onderwezen zouden moeten worden.[2910] Anderen hielden echter vast aan de 'hantering van het leefklimaat' als kernelement van de beroepsuitoefening voor elke psychiatrisch verpleegkundige.[2911] Het feit dat het leefklimaat de verantwoordelijkheid bleef van verpleegkundigen was de belangrijkste reden waarom het niet lukte om de sociotherapie als apart specialisme te ontwikkelen.[2912] Immers, als elke basisverpleegkundige aan sociotherapie deed, was het niet nodig om hiervoor ook nog specialisten aan te stellen.

Desalniettemin had het accent op het intensieve ontwikkelingsproces dat Nieland voor de verpleegkundigen bepleitte, zeker in samenhang met het sterk stijgende aantal verpleegkundigen op de werkvloer, op den duur wel enig effect. Het was bijvoorbeeld de Commissie Van Dijk niet ontgaan hoe belangrijk juist de verpleegkundigen waren voor de verbetering van de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten. Deze commissie signaleerde bezorgd dat in psychiatrische ziekenhuizen twee keer zo weinig personeel betrokken was bij de behandeling en begeleiding van patiënten als in algemene ziekenhuizen.[2913] Ze pleitte voor duidelijker en flexibeler bezettingsnormen. Met betrekking tot procedures rond dwangopnamen, het klachtrecht en de interne en de externe rechtspositie van de patiënt deed de commissie een aantal voorstellen. Voor de verpleging was in het bijzonder relevant dat zij wees op de 'psychische dwangmiddelen' die op afdelingen konden voorkomen: 'morele druk, plagerijen, vernederingen, het hanteren van pressie zoals geschiedt bij het intrekken van vrijheden, weekendverlof of vrij wandelen.' Dergelijke dwangmiddelen konden niet door de beugel en het was in dit verband van groot belang dat 'in het bijzonder in de opleiding van de verpleegkundigen, die in sterke mate het leefklimaat op de afdeling bepalen, het vak "ethiek" grotere nadruk' zou krijgen. Het personeel moest de persoonlijke waardigheid van het individu in acht nemen en afzien van een 'infantiliserende benadering'. Een en ander vereiste een goede opleiding met voldoende aandacht voor kennisoverdracht over de rechtspositie van patiënten en ethiek alsmede voor sociale en psychopathologische problemen, zodat 'onjuiste gedragsbeoordelingen' door verplegenden werden voorkomen. Daarnaast vond de commissie dat directies zorg dienden te dragen voor een geëigende bijscholing door goede werkinstructies, cursussen of 'uitwisseling van personeel' tussen instellingen.[2914]

Naast deze ontwikkelingen in de interne B-opleiding kreeg het dagonderwijs de wind in de zeilen. In navolging van Leusden en Nijmegen kregen Amsterdam en Voorburg (1975), Eindhoven en Sittard (1977), Hengelo, Groningen en Zwolle (1978),

---

[2910] Vermaas 1980, 1039.
[2911] Janzing en Kerstens 1981.
[2912] Commissie, ingesteld door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1981; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Vaste Commissie Verpleging 1982.
[2913] Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen 1978, 14.
[2914] Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen 1980, 18, 25-28, 40.

Goes (1981), Ede en Breda (1983) en Alkmaar, Leeuwarden en Rotterdam (1984) HBOV-opleidingen. Gezamenlijk telden deze in de eerste helft van de jaren tachtig een instroom van 8.600 studenten, terwijl in deze jaren de uitstroom ruim 3.400 bedroeg. Ook de MBOV maakte een stormachtige groei door: na Eindhoven, Leeuwarden, Hoogeveen en Rotterdam (1973) volgden Leidschendam (1975), Groningen (1978) en Nijmegen, Vlissingen, Ede, Tilburg, Maastricht en Amsterdam (1985). In totaal startten tussen 1980 en eind 1985 bijna 4.000 jongeren met deze verpleegopleiding, terwijl er 2.000 uitstroomden. Waarschijnlijk hebben in deze periode meer dan 2.000 MBOV-ers en ruim 3.400 HBOV-ers in psychiatrische inrichtingen stage gelopen.[2915] De Hoofdinspectie meldde in 1982 dat maar liefst bijna 2.500 studenten van de dagopleidingen stage liepen in de psychiatrische ziekenhuizen en dat bovendien tegen de 1.400 vaste krachten een dagopleiding volgden naast of tijdens hun werktijd.[2916]

De groei van dit dagonderwijs ging echter ten koste van de inservice B-opleiding. Evenals voor B-leerlingen moesten gediplomeerde verpleegkundigen tijd maken voor het inwerken en het begeleiden van deze stagiaires. De overheid hield er aanvankelijk zelfs rekening mee dat voor elke vier stagiaires één formatieplaats nodig was. Daardoor moesten de inservice-opleidingen inkrimpen; anders moest er tevéél begeleid worden. Wanneer het aantal interne leerlingen daalde tot onder de zestig, werd de inservice-opleiding te duur.[2917] Sommige instellingen bundelden hun opleiding en vele andere brachten het theoriedeel van hun B-opleiding onder bij een Centrale School voor verpleegkunde, waar de aandacht voor psychiatrie beperkt was. Bovendien waren docenten van de interne B-opleidingen, ondanks hun jarenlange ervaring, met ingang van 1982 niet langer bevoegd om les te geven op een school die viel onder het Ministerie van Onderwijs. Daartoe dienden zij eerst een eerste- of tweedegraads docentenopleiding te volgen. Zo ontstond in deze periode de situatie dat ervaren B-opleiders op straat stonden of in een Centrale School werden ingezet op een willekeurig taakgebied, terwijl anderzijds op diezelfde school verpleegkundigen en gedragswetenschappers, die nog nooit een psychiatrische inrichting van binnen gezien hadden, ‘psychiatrische verpleegkunde’ doceerden.[2918]

Hier kwam nog bij dat van al de duizenden stagiaires die in de jaren zeventig een paar maanden in een psychiatrisch ziekenhuis hadden rondgelopen, anno 1980 in totaal slechts ongeveer 230 – bijna 90 HBOV-ers en krap 150 MBOV-ers - na hun diplomering daadwerkelijk voor een werkplek in de psychiatrie hadden gekozen.[2919] De inspanning in de psychiatrie voor de dagopleidingen stond al met al dus in geen verhouding tot wat deze opleverden aan nieuwe werkkrachten, zeker niet vergeleken met het aantal B-gediplomeerden. Desondanks deed de psychiatrie niet wat de Z-sector wél deed: ze

---

[2915] Cijfers ontleend aan Van der Windt 1988, 38; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1983, Bijlage V-4.
[2916] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1982, 34.
[2917] Notulen bijeenkomst Commissie Opleiding ziekenverpleging B, 29 november 1983. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[2918] Notulen Commissie Opleiding Ziekenverpleging B, 1 augustus 1979, 3 december 1980 en 2 juni 1982, met dank aan C. de Bont, destijds lid van de Commissie vanuit de Centrale School De Zuysel te Deventer. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[2919] Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, bijlage 6.

protesteerde niet toen de regering in 1980 besloot om al het inservice-onderwijs naar het dagonderwijs over te hevelen.[2920]

Kortom: in de jaren 1965-1985 werd ontzaglijk veel (vergader-)tijd, geld en aandacht in de psychiatrische verpleegkunde geïnvesteerd en er werd voortdurend aan de opleiding en de beroepsuitoefening gesleuteld. Het resultaat in 1985 was een psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep die groter was dan ooit, maar die tegelijkertijd dusdanig in zichzelf verdeeld was ten gevolge van onderlinge verschillen in opleiding, ethiek en oriëntatie, dat het eind van deze bloeiperiode in zicht was zonder dat ook maar iemand de rijkdom naar waarde had weten te schatten.

4.4.5. *Socio- en psychotherapeutisch optimisme*

In de ontwikkeling van het therapeutisch regime in de psychiatrische ziekenhuizen zijn in de jaren 1965-1985 in grote lijnen drie fasen met verschillende accenten te onderscheiden. In de jaren zestig bestonden oudere en nieuwere behandelmethoden naast elkaar en kwamen de eerste, met name de psychofarmaca en andere somatische behandelvormen zoals de elektroshock, maar ook de actievere therapie, steeds meer onder vuur te liggen. In deze fase bleef de traditionele hiërarchische structuur van de psychiatrische inrichting met psychiaters aan de top, nog grotendeels overeind.[2921] In de jaren zeventig gaven socio- en psychotherapieën de toon aan en daarin stonden zelfinzicht, communicatie en menselijke relaties centraal. Deze oriëntatie ging vergezeld van een sterke drang tot democratisering, dat wil zeggen een streven naar gelijkheid tussen de verschillende therapeutische beroepsgroepen en een verkleining van het machtsverschil en de afstand tussen behandelaar en patiënt.[2922] In de jaren tachtig was er sprake van een herwaardering van de medische benadering en verschoof het zwaartepunt in de psychotherapie van langere inzichtgevende naar kortere en meer op gedragsverandering en ondersteuning gerichte behandelingen. Daarnaast wonnen de sociaalpsychiatrische begeleiding en maatschappelijke rehabilitatie van moeilijk behandelbare en chronisch gestoorde patiënten terrein. De medische eindverantwoordelijkheid van de psychiater kreeg weer erkenning en de democratisering werd deels teruggedraaid. Voor zover het om de multidisciplinaire samenwerking, de medezeggenschap van het personeel en de patiënten en de bejegening van de laatsten ging, werden veel verworvenheden van de jaren zeventig echter gehandhaafd en zelfs uitgebreid.

Naast de actievere therapie en de psychofarmaca waren de insuline-, cardiazolshock- en elektroshockkuren en de lobotomie in de jaren zestig nog in gebruik, maar deze oudere somatische therapieën verloren als gevolg van de opmars van de psychofarmaca snel terrein.[2923] Alleen de elektroshock bleef onderdeel van het

---

[2920] *Nederlandse Staatscourant* 20 juni 1979, nr 117. Publicatie van het Besluit van Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil) E. Veder-Smit en Staatssecretaris K. de Jong van Onderwijs en Wetenschappen over de MBO-V-opleiding; Van Aert et al. 1988, 4. Met dank aan H. Hillmann.

[2921] Van Ommen 1988, 81-82.

[2922] Van Ommen 1988, 97-98.

[2923] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 104. Volgens Blok (2004, 152) ondergingen naar schatting 200 patiënten tussen 1946-1972 lobotomie. Volgens de psychiater Kraft voerden chirurgen in Santpoort en de Ursulakliniek in Wassenaar deze operatie uit op tussen 20 en 25

therapeutisch arsenaal, maar de grote aandacht ervoor in de jaren zeventig stond eigenlijk in geen verhouding tot de frequentie van het gebruik ervan. Deze beperkte zich steeds meer tot patiënten met ernstige, endogene depressies, bij wie psychofarmaca geen verbetering teweegbrachten, en tot psychoselijders met zware neurologische en motorische stoornissen. Ook lijders aan obsessief-compulsieve stoornissen, Parkinson en epilepsie werden soms nog met de elektroshock behandeld. De schadelijke bijwerkingen, zoals spiercontracties, wervelfracturen en geheugenverlies - een steen des aanstoots voor de tegenstanders -, werden vanaf de jaren zestig deels tegengegaan door geavanceerdere apparatuur te gebruiken, het voltage te verlagen, patiënten onder narcose te brengen, hen spierverslappers toe te dienen en hen kunstmatig te beademen.[2924] In hoeverre deze therapie nog toepassing vond als een soort strafmaatregel ter bestrijding van onrust en overlast - wat critici ook veelvuldig naar voren brachten - is niet helemaal duidelijk.[2925] Aan het eind van de jaren zeventig vond de elektroshock nauwelijks meer toepassing. De instelling die er het langst mee was doorgegaan en waar psychiaters deze behandeling nog het meest frequent aanwendden, het Christelijk Sanatorium in Zeist, stopte er omstreeks 1977 mee. In de behandeling van depressie nam een nieuwe slaapkuur, waarbij patiënten niet, zoals voorheen, langere tijd in een diepe slaap werden gehouden, maar hen juist slaap werd onthouden, de rol van de elektroshock deels over.[2926]

Met de grote mate aan terughoudendheid ten aanzien van de elektroshock - sommige psychiaters, bijvoorbeeld F. van Ree en J.L. van der Lande, sloten zich bij de protestbeweging aan door deze expliciet af te wijzen - nam de Nederlandse psychiatrie in internationaal opzicht een uitzonderlijke positie in. Met name in de Angelsaksische wereld en de Scandinavische landen gingen de toepassing ervan en het onderzoek door. Begin jaren tachtig kwam onder Nederlandse psychiaters een voorzichtige herwaardering van de elektroconvulsietherapie op gang. De psychiater W.A. Nolen deed er ervaring mee op in Kopenhagen en ging vervolgens over tot herinvoering ervan in het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal in Loosduinen. Samen met Van Ree, die zijn mening over de elekroconvulsiebehandeling had herzien, publiceerde hij een artikel over de shocktherapie, waarop ook andere psychiaters in publicaties een genuanceerd standpunt verwoordden. Na de emotionele discussies in de jaren zeventig was het nu tijd voor een zakelijker beoordeling: de precieze werking van de elektroshock bleef weliswaar onduidelijk, maar dat zij een antidepressief en antipsychotisch effect op patiënten had, stond buiten kijf. Het aantal daadwerkelijk behandelde patiënten bleef in de eerste helft van de jaren tachtig beperkt tot nog geen vijftig per jaar, maar daarna zou een sterke stijging optreden.[2927]

In de arbeidstherapie deden zich verschillende tendensen voor. In het kader van de actievere therapie stond deze vanouds in dienst van zowel dagstructurering, het tegengaan van apathie en sociale aanpassing als van productiviteit ten behoeve van de

---

patiënten. Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 156. Zie ook 3.4.4. ‘Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie’.

[2924] Nolen 1999; Leentjes 2000; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 70.

[2925] Nolen (1999) en Roosjen en Ypma (1999) maken hier melding van.

[2926] Roosjen en Ypma 1999; Welters 1993, vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 144-145; Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 19-20; Kroft 2005, 155-158, 181, 185.

[2927] Nolen 1999, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 20; Leentjes 2000; Binneveld en Wolf 1985, 224; Van Ree 2007, 314.

inrichting: huishoudelijke bezigheden, land- en tuinarbeid en ambachtelijk werk stonden centraal. In de jaren zestig voerden sommige inrichtingen in samenwerking met het bedrijfsleven industriële productiearbeid in met het oog op een betere aansluiting op de reguliere arbeidsmarkt.[2928] Deze oude en nieuwe vormen van arbeidstherapie of -training riepen in de loop van de jaren zestig en zeventig steeds meer weerstand op. De meestal eentonige werkzaamheden boden louter tijdsvulling, orde en regelmaat - critici maakten zelfs gewag van 'dwangarbeid'.[2929] Voor de individuele behoeften en beleving van patiënten was nauwelijks plaats ingeruimd. Mede door deze bezwaren kreeg de arbeidstherapie een meer agogische en individueel gerichte invulling: het bevorderen van attitudeverandering en zelfontplooiing en de vergroting van het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde van patiënten. Op basis hiervan wonnen de al in de jaren vijftig geïntroduceerde behandelvormen als bewegings-, spel- en creatieve therapieën terrein. De creatieve therapie waaierde uit tot een veelzijdig palet, van tekenen, schilderen, boetseren en knutselen tot toneel- en muziekbeoefening. Nauw verbonden hiermee was het vormingswerk dat ook al in de jaren vijftig een plaats in de psychiatrische inrichting had verworven om de vrijetijdsbesteding van patiënten in goede banen te leiden en hun sociale vaardigheden te verbeteren.

Tegen de achtergrond van de groeiende weerstand tegen het medische regime plaatsten vooral sociaalwetenschappelijk geschoolde medewerkers en kritische verpleegkundigen, maar ook sommige psychiaters vanaf het eind van de jaren zestig steeds meer kanttekeningen bij de somatische behandelingen. Het aanvankelijke enthousiasme over de psychofarmaca was in de jaren zestig getaand: ze gingen bij aanzienlijke aantallen patiënten met nogal wat hinderlijke bijwerkingen gepaard en het effect ervan ging niet verder dan symptoombestrijding. Sommige psychiaters hadden in dit verband al eerder over de uitwerking van de psychofarmaca gesproken in termen van 'chemische lobotomie', 'een maskergelaat' van de psychiatrie en 'de winterslaap van alle psychische functies'.[2930] In plaats van genezing zorgden deze middelen, die soms in hoge doses werden toegediend, eerder voor gewenning, passiviteit, verdoving en versuffing. Door de onderdrukking van psychotische symptomen hadden ze er weliswaar toe bijgedragen dat patiënten rustiger en aangepaster gedrag vertoonden en dat de gemiddelde opnameduur afnam, maar ze boden geen oplossing voor het chronische karakter van sommige geestesziekten, wat bleek uit de stijging van het aantal heropnamen.[2931] Vanwege de bijwerkingen verzetten patiënten zich soms tegen de behandeling met medicijnen.[2932]

Het voorschrijven van psychofarmaca stond op gespannen voet met het socio- en psychotherapeutische behandelideaal dat in de jaren zeventig de toon ging aangeven. Medicijnen zouden de onderliggende problemen toedekken, emotionele openheid verhinderen en persoonlijke groei in de weg staan. Toch werden psychofarmaca niet afgezworen - ze hadden onmiskenbaar een vaste plaats in het therapeutisch arsenaal van de psychiater gekregen. In de praktijk bleven pillen gangbaar, al was het maar om ernstige psychosen te bedwingen of agressie en ander onhandelbaar gedrag tegen te gaan.

[2928] Slijkhuis 1996, 31; Huiskes en Van der Kroef 2002, 65-66; Kroft 2005, 144-146.
[2929] Slangen 1994, 177-178; Louter 2005, 84-86; vergelijk Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 24-25.
[2930] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 69, 76.
[2931] Van Ommen 1988, 85.
[2932] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 69-71.

Een zeker pragmatisme was de behandelaars, ondanks hun soms felle kritiek op de medische psychiatrie, niet vreemd.[2933] Vanaf 1970 vond zelfs een belangrijke vernieuwing plaats in de medicamenteuze behandeling: de toepassing van depotmedicatie, dat wil zeggen de toediening van krachtige, langdurig werkzame psychofarmaca door middel van injectie. Aangezien de medicijnen zich op deze manier geleidelijk in het lichaam verspreiden en één tot twee weken werkzaam blijven, was dagelijkse, orale inname (en ook de controle daarop) niet meer nodig en kon worden volstaan met poliklinische behandeling. Hierbij deden nieuwe psychofarmaca hun intrede. In St. Servatius vonden begin jaren zeventig proeven plaats met het nieuwe neurolepticum Clozapine, dat door middel van injectie was toe te dienen en minder bijwerkingen dan andere middelen zou vertonen. Het nieuwe medicijn zou pas in de jaren negentig op de markt komen, maar St. Servatius kreeg van de Farmaceutische Inspectie toestemming om patiënten ermee te behandelen.[2934] In andere psychiatrische ziekenhuizen, bijvoorbeeld De Welterhof en Endegeest, werd gebruik gemaakt van Trilafon. Verder leenden de neuroleptica Imap en Orap zich voor injectie.[2935] Voor het Deltaziekenhuis waren de depotneuroleptica begin jaren zeventig aanleiding om in Rotterdam een 'prikpoli' op te zetten. Chronische patiënten kregen hier regelmatig hun dosis medicijnen ingespoten, waarbij deze polikliniek ook sociale begeleiding aanbood. Door deze nieuwe vorm van sociale psychiatrie, bedoeld om heropname te voorkomen, konden zowel schizofrene als manisch-depressieve patiënten in de maatschappij verblijven. De prikpoli, waarbij begin jaren tachtig 550 patiënten in behandeling waren, had zoveel succes dat ook patiënten van andere instellingen er gebruik van maakten. Het Rotterdamse voorbeeld werd vanaf omstreeks 1980 door andere psychiatrische ziekenhuizen nagevolgd.[2936]

Een doorbraak in curatief opzicht vormden de depotneuroleptica echter niet. Evenmin als de oudere medicamenten zorgden zij voor genezing; het bleef bij symptoombestrijding. De relativering van de curatieve werking van psychofarmaca en de protesten van de tegenbeweging leidden ertoe dat het gebruik ervan in veel instellingen stilzwijgend naar de achtergrond verdween. Instellingen die zich profileerden met farmaceutisch onderzoek, zoals St. Joris, de Venrayse inrichtingen, Endegeest en het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, riepen kritiek op. Het aantal biochemische laboratoria van psychiatrische ziekenhuizen liep in de loop van de jaren zeventig en tachtig terug.[2937] De psychofarmaca brachten evenals de oudere actievere therapie voornamelijk passiviteit, aanpassing en afhankelijkheid van patiënten met zich mee, zo luidde het bezwaar, en ze werkten daardoor chroniciteit en hospitalisatie in de hand. Met de bestrijding van onrust en onhandelbaar gedrag werd ook het gevoelsleven onderdrukt dat wellicht toegang zou kunnen verschaffen tot de diepere oorzaken van psychische stoornissen. Andere, intensievere behandelmethoden waren nodig om geestesziekte bij de

---

[2933] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 104-105, 106-107, 109-110, 117-119, 120, 135-136; vergelijk 103, 116, 129, 139, 142, 147.
[2934] Kroft 2005, 151-152.
[2935] Blok s.a.a [1999], 42; Blok 1998c, 218-220; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 154.
[2936] Vijselaar 1999a, 147-151.
[2937] Volgens de biochemicus G.M.J. van Kempen, vanaf 1965 verbonden aan Endegeest, beschikten twintig psychiatrische ziekenhuizen destijds over een laboratorium, waarvan er uiteindelijk maar enkele zouden zijn overgebleven. Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 91-94.

wortel aan te pakken en zo een grotere doorstroming van patiënten te realiseren. Al eerder hadden psychiaters betoogd dat het voorschrijven van psychofarmaca vergezeld moest gaan van psycho- en sociotherapeutische interventies. In de jaren zeventig kwamen deze op de voorgrond te staan. Het sociaalpsychologische behandelethos, dat toen tot volle ontplooiing kwam, was mede een reactie op het imago van de inrichting als opberginstelling en behelsde een grote mate van optimisme omtrent de mogelijkheden om psychische aandoeningen te genezen.

Nieuwe behandelvormen wonnen vanaf het eind van de jaren zestig terrein in de psychiatrische ziekenhuizen, in het ene wat eerder dan in het andere. Het accent verschoof van de medisch georiënteerde psychiatrie en de sociaalpedagogische actievere therapie naar een overwegend sociaalpsychologische benadering. Vooral psychologen en maatschappelijk werkers en ook sommige psychiaters koesterden hoge verwachtingen van de mogelijkheid om geesteszieken met socio- en psychotherapeutische methoden te behandelen. Vaak werden deze op initiatief van psychologen en maatschappelijk werkers ingevoerd en met enthousiasme door verpleegkundigen overgenomen. De invloed van de kritische psychiatrie liet zich hierbij duidelijk gelden. De aandacht spitste zich toe op de sociaalpsychologische achtergrond van geestesstoornissen (het 'sociale model'), terwijl medisch-biologische verklaringen en diagnoses werden verworpen. De behandeling diende gebaseerd te zijn op een grote mate van gelijkwaardigheid van behandelaar en patiënt en had individuele bevrijding en zelfontplooiing tot doel. Deze benadering kreeg in de praktijk vorm in diverse socio- en psychotherapeutische behandelvormen, die zich kenmerkten door de grote aandacht voor de innerlijke beleving en de motivatie van patiënten, de nadruk op communicatie en emotionele expressie en de gerichtheid op het functioneren van individuen in groepen.[2938]

Behandelaars spraken patiënten aan op hun eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid. Geesteszieken zouden geen object van behandeling, maar actieve participanten en gesprekspartners zijn. De veronderstelling was dat psychisch gestoorde mensen konden kiezen voor genezing. Hun eigen motivatie, inzet en medewerking golden als essentiële elementen in de behandeling. Het ging niet louter om symptoombestrijding, het onderdrukken van storend gedrag, maar om een aanpak van de onderliggende problemen. De behandeling moest tot hun innerlijk doordringen ten einde een dieper ingrijpende bewustzijns- en attitudeverandering teweeg te brengen. Hier deed de invloed van de veramerikaniseerde psychoanalyse zich gelden. Genezing bestond uit het afwerpen van 'karakterpantsers', het realiseren van een psychische doorbraak ten einde onderdrukte gevoelens los te maken.[2939] Patiënten zouden zich moeten bevrijden van schuldgevoelens, remmingen, angsten, onmondigheid, afhankelijkheid en maatschappelijk bepaalde verwachtings- en rolpatronen. Hulpverleners dienden in de eerste plaats als veranderaars op te treden en patiënten moesten voortdurend 'aan zichzelf werken', waardoor zij tot zelfinzicht en persoonlijke groei kwamen. Praten, zelfreflectie en emotionele expressie en ontlading waren de belangrijkste middelen om dit bereiken.[2940] Het uiteindelijke doel was de ontdekking en de ontplooiing van het vermeende ware zelf en de realisering van individuele autonomie en keuzevrijheid. In deze zin was het therapeutische doel geënt op de humanistische psychologie waarvoor

[2938] Blok 2004, 131-165; vergelijk Vijselaar s.a., 7.
[2939] Blok 1998c, 225-228, 239.
[2940] Blok 2004, 32-36; 144-160; vergelijk Blok 1998c, 220-223.

met name C. Rogers met zijn *client-centered counseling*therapie al eerder de grondslag had gelegd.

Een ander belangrijk kenmerk van het sociaalpsychologische behandelethos was de veronderstelling dat menselijke relaties en communicatie van doorslaggevende invloed waren op zowel het ontstaan als de mogelijke genezing van psychische stoornissen. Volgens het sociale model vormden maatschappelijke misstanden, verstoorde interpersoonlijke betrekkingen en verhullende en dubbelzinnige communicatiepatronen de oorzaken van geestelijke aandoeningen. Voortbouwend op de psychoanalyse richtten kritische psychiaters als Laing, Cooper en Foudraine en invloedrijke Amerikaanse neofreudianen als E. Fromm, F. Fromm-Reichmann, J. Rosen, H. Stack Sullivan, H. Searles en C. Whitaker hun aandacht vooral op vermeende verstoorde relaties en gebrekkig functionerende gezinnen, die een schadelijke invloed op de geestelijke ontwikkeling van opgroeiende kinderen zouden hebben. Gezinnen waarin autoritaire verhoudingen heersten, gevoelens werden onderdrukt en open communicatie ontbrak, zouden ziekmakend zijn. In zulke gezinnen werd de persoonlijkheid van kinderen in de knop gebroken of misvormd. In neofreudiaanse verklaringen van psychische stoornissen kregen vooral moeders de schuld van geestelijke misgroei van kinderen; vaders trof vooral blaam vanwege hun zwakheid en frequente afwezigheid. De voortdurende zorg en koestering van de moeder gold als voorwaarde voor een gezonde psychische ontwikkeling van het kind. Alles wat daarin misging, was in deze optiek ook voornamelijk aan haar te wijten. Vooral dominante of egocentrische moeders zouden met hun manipulatieve gedrag voortdurend dubbelzinnige boodschappen naar hun kinderen uitzenden en daardoor psychische verwarring en zelfs schizofrenie teweegbrengen. Fromm-Reichmann had al in 1949 de term 'schizofrenogene moeder' gemunt.

Het idee dat psychische problemen voortkwamen uit traumatiserende 'gezinspathologieën', raakte in de jaren zeventig wijdverbreid. Het streven naar bevrijding en losmaking van het ouderlijk milieu kreeg een centrale plaats in de psychiatrische hulpverlening. Terwijl het gezin in de jaren vijftig was verheerlijkt, kwam het nu onder vuur te liggen, temeer daar het aantal jongere patiënten in de eerste helft van de jaren zeventig steeg. De kritiek op het gezin weerspiegelde het generatieconflict en de verzelfstandiging van veel jongeren die studeerden en op kamers woonden. Het gezin, dat in de wederopbouwperiode gold als hoeksteen van de samenleving, werd nu aan de schandpaal genageld als een onderdrukkend instituut dat de zelfontplooiing in de kiem smoorde.[2941]

De sociaalpsychologische verklaring van geestesziekte ging soms gepaard met een afwijzing van de gangbare medisch-psychiatrische diagnostiek. Deze zou patiënten nodeloos objectiveren en in een hokje plaatsen. Psychiatrische diagnosen zoals schizofrenie en depressie maakten plaats voor aanduidingen als 'karakterneurose', 'losmakingsproblematiek', 'relatieproblematiek', 'identiteitsproblematiek', 'identiteitscrisis' of eenvoudigweg 'vastgelopen'. Dergelijke omschrijvingen suggereerden dat geestesziekten niet ontstonden door neurologische aandoeningen of zuiver psychische oorzaken, maar voortkwamen uit groeibelemmerende gedragspatronen die door de sociale omgeving waren opgelegd.[2942] Gekte zou een reactie zijn waartoe mensen door nood gedwongen hun toevlucht namen als ze verstrikt waren geraakt in problematische

[2941] Blok 2004, 48-52, 138-140, 156-158; vergelijk Blok 1998c, 225-228.
[2942] Blok 2004, 74-75.

relaties met anderen. Aangezien psychische stoornissen volgens deze redenering hun oorzaak vonden in schadelijke omgevingsinvloeden, in het bijzonder in verziekte relatie- en communicatiepatronen, zou de behandeling ook het beste kunnen plaatsvinden in een groep of leefgemeenschap. De manier waarop patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis in de behandel- of leefgroep functioneerden, zou symptomatisch zijn voor hun sociale gedrag in de maatschappij. Patiënten moesten participeren in groepsprocessen, met anderen praten over gevoelens en relaties, zich openstellen voor anderen, zich uiten tegenover anderen, hun mening over anderen kenbaar maken, reageren op anderen en confrontaties met anderen aangaan.

De groepsoriëntatie veronderstelde dat patiënten een heilzame invloed op elkaar konden uitoefenen en dat zij eerder iets zouden aannemen van lotgenoten dan van behandelaars. Door middel van confronterende interactie zouden patiënten meer leren over hun eigen innerlijke conflicten en remmingen. Naast persoonlijke groei stond sociaal gedrag hoog in het vaandel. Participatie in groepsactiviteiten genoot hoge waardering: het aangaan van sociale relaties was een teken van geestelijke gezondheid. Wie zich onttrok aan groepsprocessen gold al gauw als gesloten en afgestompt.[2943] We zagen dat Ter Veld in De Viersprong werd afgewezen: zijn weigering om samen met de anderen bier te drinken gold als een teken dat hij zich niet overgaf aan het groepsproces. Soms werden familieleden en andere naasten op basis van de systeemtheorie betrokken bij de behandeling en zelfs eveneens opgenomen. Daarbij moesten vooral ouders de nodige vijandigheid van behandelaars op de koop toe nemen; zij waren immers in de sociaalpsychologische optiek minstens voor een deel schuldig aan de geestesziekte van hun kind. Om die reden waren er ook behandelaars die de ouders juist op afstand hielden: die zouden het therapeutisch proces alleen maar verstoren en de patiënt belemmeren om zich van hun verstikkende invloed te bevrijden.[2944] Ter Veld kreeg in De Viersprong te horen dat hij in de weekeinden beter niet zijn ouders kon bezoeken, omdat hij daarmee te afhankelijk van hen werd.

Het socio- en psychotherapeutische ethos van de jaren zeventig putte uit verschillende bronnen: de psychoanalyse, het Amerikaanse neofreudianisme, de humanistische psychologie, systeem- en communicatietheorieën, de leer van de groepsdynamica, de therapeutische gemeenschap en de kritische psychiatrie. Een groot deel van dit gedachtegoed was ontleend aan Amerikaanse voorbeelden. De neofreudianen vormden de overgang van de intrapsychische benadering van Freud naar de communicatie- of systeemtherapeutische benadering, zoals die onder leiding van onder anderen E. Berne en G. Bateson was ontwikkeld in het Palo Alto Mental Research Institute in Californië en die in de jaren zestig grote aanhang kreeg. De systeembenadering uit Palo Alto werd verder uitgewerkt door de Milanese School onder leiding van de Italiaanse arts en psycholoog M.S. Palazolli. Daarin stond het veranderen van de 'spelregels' in een gezin centraal. De behandelpraktijk was even veelvormig als eclectisch. De diverse groeps- en systeemtherapieën kenden veel varianten zoals de gezins-, partner- en relatietherapie, transactionele analyse, sensitivitytraining, encounter- en groeigroepen. Deze werden zo nodig gecombineerd met individuele inzichtgevende of directieve psychotherapie, gedragstherapie, psychodrama, Reichiaanse bio-energetica, Gestalttherapie, regressietherapie, schreeuwtherapie en 'fase-therapie', het opnieuw

[2943] Mens 2003, 225; Blok 1998c, 220-223.
[2944] Blok 1998c, 220-223.

doorlopen van levensstadia[2945]. In het Delftse St. Joris Gasthuis kreeg de mengelmoes aan psychotherapeutische methoden een eigen naam: multimodale therapie.[2946] Verder hanteerden maatschappelijk werkers, sociotherapeuten en verpleegkundigen een eenvoudiger, aan het vormingswerk ontleende agogische aanpak in de vorm van educatieve groepsgesprekken en assertiviteitstrainingen.

Het 'sociale model' was in hoge mate een (groeps)psychotherapeutisch model en dit kreeg bij uitstek vorm in de therapeutische gemeenschap.[2947] Deze vormde een intensivering van de sociaal-psychologische behandelprincipes: de inrichting van het dagelijkse groepsleven op basis daarvan bewerkstelligde een voortdurende reflectie op en confrontatie met elkaars gedrag. De dynamiek van de intermenselijke verhoudingen en de confronterende interactie zouden moeten leiden tot zelfinzicht en bewustwording van de oorzaken van psychische moeilijkheden. De groep zou individuen ertoe kunnen aanzetten om hun psychische en relationele conflicten te verwerken en hun innerlijke blokkades en remmingen te doorbreken. De therapeutische gemeenschap, die het individu zowel ondersteunde als corrigeerde, zou patiënten een veilige plek bieden waar ze hun gevoelsleven de vrije loop konden laten en hun gedrag al zoekende konden veranderen.

Het idee van de leefgemeenschap als therapeutisch instrument was niet nieuw. Al vanaf het eind van de jaren veertig was het naar Engels en Frans voorbeeld op kleine schaal beproefd in psychiatrische instellingen, zoals in het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz, de Leidse universitaire kliniek, de psychiatrische inrichting Wolfheze en in enkele neuroseklinieken.[2948] Tegen de achtergrond van de democratiseringsbeweging en de kritische psychiatrie onderging het sociotherapeutische gedachtegoed uit de jaren veertig en vijftig een radicalisering. De oprichting van therapeutische gemeenschappen lag in het verlengde van de kritiek op de inrichtingspsychiatrie: ze moesten de medische hegemonie, de rigide verhoudingen en de apathie van de patiënten doorbreken. Het accent verschoof van geleide naar spontane zelfontplooiing, van aanpassing aan de groep naar permissiviteit, zelfbevrijding en emotionele zelfexpressie. Het lijkt erop dat de groep daarbij een andere, wat dubbelzinnige functie kreeg. Was het groepsproces volgens de oorspronkelijke sociotherapeutische filosofie in de eerste plaats bedoeld om het individu te corrigeren en tot sociale aanpassing te bewegen, nu werd de groep veeleer middel voor het individu om zichzelf te leren kennen, onafhankelijk te worden en zichzelf te ontplooien.

Vanaf het eind van de jaren zestig werd de therapeutische gemeenschap toonaangevend in de Nederlandse klinische psychiatrie. Een belangrijke leidraad voor de inrichting ervan was het proefschrift van de in Santpoort opgeleide psychiater P. Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis* (1969), dat in acht jaar vijf herdrukken beleefde.[2949] Patiënten dienden een grote mate aan vrijheid en verantwoordelijkheid te krijgen zodat zij hun persoonlijkheid in hun gedrag zouden uitdrukken. Democratische verhoudingen, gelijkwaardigheid, solidariteit, bespreekbaarheid, openheid en permanente dialoog in patiënt-stafvergaderingen waren

---

[2945] Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 28.
[2946] Slangen 1994, 177-178.
[2947] Vijselaar 1997d, 203; Blok 1998c, 220-223.
[2948] Zie 3.3.3 Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting; 3.4.4. ‘Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie’.
[2949] Blok 2004, 60; vergelijk Van de Lande 1982a.

essentieel voor het goed functioneren van een therapeutische gemeenschap. De therapeuten dienden niet zozeer als behandelaar op te treden, maar meer als procesbegeleider ten einde problemen te signaleren, suggesties aan te reiken en vragen op te werpen. De verantwoordelijkheid van patiënten zou bevorderd moeten worden door 'realiteitsconfrontatie': het confronteren van de patiënten met de gevolgen van hun eigen gedrag zodat zij uit zichzelf tot bezinning en attitudeverandering zouden komen.[2950] De therapeutische gemeenschappen die met medewerking van Bierenbroodspot in de neurosekliniek van St. Willibrord, de Oosthoek in Limmen (1966), en op de afdelingen Amstelland (1969) en Rijnland (1972) van Santpoort tot stand kwamen, vervulden een voorhoedefunctie.[2951]

Naast Bierenbroodspot verwierf de psychiater P.J. Jongerius bekendheid als autoriteit op het gebied van de gecombineerde socio- en psychotherapie. Jongerius was in 1963 gepromoveerd op *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Daarin vatte hij sociotherapie breed op: ook creatieve therapie en andere non-verbale behandelingsvormen vielen eronder. Hij paste het sociotherapeutisch gedachtegoed toe in het neurosesanatorium De Viersprong in Halsteren dat in 1957 vanuit Vrederust te Bergen op Zoom was opgezet. In 1974 vertoonde de KRO hierover een televisiedocumentaire onder de titel *Het is geen kwestie van weten, je moet gewoon voelen hoe het zit*. Als buitengewoon hoogleraar psychotherapie in Utrecht (1981) ontwikkelde Jongerius een eigen variant van de sociotherapie die hij met milieutherapie aanduidde.[2952]

Niettegenstaande Jongerius' nadruk op het socio- of milieutherapeutische element in de therapeutische gemeenschap kreeg de psychotherapie de overhand. Het participeren in en het leren van groepsprocessen stond primair in dienst van zelfreflectie, zelfinzicht en persoonlijke groei. Het voordeel dat de therapeutische gemeenschap volgens deskundigen bood was dat deze de gelegenheid gaf om meerdere patiënten door middel van intensieve en langdurige psychotherapie te behandelen. Een aantal in therapeutische gemeenschappen werkzame psychiaters, psychologen en verpleegkundigen richtte in 1973 op basis van dit uitgangspunt de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen op. Erkenning door deze vereniging onder voorzitterschap van Jongerius gold als een soort van keurmerk voor therapeutische gemeenschappen. In 1986 kwam er ook een aparte vereniging voor klinische psychotherapeuten tot stand. Met de sterk psychotherapeutische invulling onderscheidde de Nederlandse praktijk van de therapeutische gemeenschap zich van die in andere landen.[2953]

In 1966 opende St. Willibrord de kliniek De Oosthoek naar het voorbeeld van De Viersprong. De therapeutische gemeenschap, die de basis van de nieuwe instelling moest vormen, kreeg gestalte in zaalvergaderingen, waaraan zowel stafleden als patiënten

---

[2950] Bierenbroodspot 1974, 90-91; Vijselaar 1997d, 201.
[2951] Blok 1998c.
[2952] Eykman 1982, 17; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 108.
[2953] Schrijver 1973b; Eykman 1982; vergelijk Van de Lande 1982a; Van Eck 1991b. Naar aanleiding van de oprichting van de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen vermeldt Schrijver (1973a, 364) tien psychotherapeutische gemeenschappen: Amstelland en Rijnland in Santpoort, De Oosthoek van St. Willibrord, het Psychotherapeutisch Instituut De Spiegelberg en Paviljoen St. Jozef van St. Bavo, de Stichting Veluweland, De Viersprong van Vrederust, het Jeugdpsychiatrisch Centrum Zandwijk in Amersfoort, de Professor Rümkekliniek van de Willem Arntsz Stichting en de Rijksuniversiteit Utrecht, en de forensisch-psychiatrische Pompekliniek in Nijmegen.

deelnamen, en voorts in groepstherapie en behandeling door een multidisciplinair team van therapeuten. De veertigkoppige staf was samengesteld uit verpleegkundigen, zenuwarts-psychotherapeuten, creatief therapeuten, sociotherapeuten, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werkster, een bewegingstherapeut, een socioloog, een internist en twee pastores. Ter bevordering van de zelfregulering en eigen verantwoordelijkheid kregen patiënten een grote mate van vrijheid. In de beginjaren van de kliniek deden zich veel conflicten voor. Vooral tussen medici en sociaalpsychologische behandelaars ontstonden spanningen. De mate van permissiviteit was omstreden en op de plotselinge dood van de geneesheer-directeur, M.L.J. Vaessen, volgde een opvolgingsstrijd. De onenigheid en affaires leidden tot het vertrek van de psychiaters Bierenbroodspot en L. van Eck naar Santpoort, waar zij een therapeutische gemeenschap startten op een afdeling voor chronische patiënten, Rijnland. Bierenbroodspot schreef in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* dat de invoering van de therapeutische gemeenschap altijd met 'gedonder' gepaard ging, omdat democratisering verzet opriep bij de gevestigde orde en niet strookte met het klassieke medische behandelingspatroon. Het scheelde niet veel of de nieuwe kliniek was aan het gekrakeel ten onder gegaan.[2954]

Over het functioneren van therapeutische gemeenschappen in de praktijk is voornamelijk anekdotische informatie voorhanden. Over drie ervan weten wij meer dankzij publicaties van behandelaars en historische studies: de Stichting Veluweland te Lunteren, de jeugdafdeling Amstelland van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort en de opnamekliniek Conolly van Brinkgreven in Deventer.

Het door de psychiater G.W. Arendsen Hein in 1949 opgerichte sanatorium Veluweland voor particuliere zenuwpatiënten werd vanaf omstreeks 1965, toen Foudraine daarin chef-de clinique werd, omgevormd tot een psychotherapeutische gemeenschap. Al in de jaren vijftig had Arendsen Hein, die sterk de nadruk legde op het belang van menselijke relaties en van de verhouding tussen individu en gemeenschap, diverse socio- en psychotherapeutische behandelmethoden beproefd, niet alleen in het kleinschalige Veluweland, maar ook in de eveneens in Lunteren gevestigde reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar. De therapeutische gemeenschap, waartoe Foudraine het voortouw nam, bouwde hierop voort. De wekelijkse *community meeting* voor staf- en personeelsleden en de ‘gasten’ werd een dagelijkse bijeenkomst. De verpleegkundigen moesten zich omscholen tot sociotherapeuten en er traden op de sociale academie opgeleide sociotherapeuten in dienst. De zelfwerkzaamheid en verantwoordelijkheid van de patiënten kwamen centraal te staan en de hiërarchische verhouding tussen behandelaars en patiënten maakte plaats voor inspraak en grotere gelijkheid. De bewoners van Veluweland waren in de jaren zeventig overwegend jong, onkerkelijk en ongehuwd en de meerderheid bestond uit vrouwen. Terwijl in de jaren vijftig ook patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen werden opgenomen - hoewel Veluweland zich als neurosekliniek afficheerde - kwam dat in de jaren zeventig niet meer voor: karakterneurose was toen de meest frequent voorkomende diagnose. Naast de sociotherapie paste Arendsen Hein een scala aan vooral psychotherapeutische behandelmethoden toe. Weliswaar nam hij in navolging van Foudraine afstand van het medisch model en stond hij kritisch ten opzichte van de psychofarmaca, maar de

[2954] Bierenbroodspot 1971; vergelijk Bakker 2002e, 255-269; Vroemen 1972.

democratisering die een onderdeel vormde van de therapeutische gemeenschap, stuitte bij hem op weerstand. Volledige gelijkheid tussen behandelaars en patiënten was volgens hem niet gewenst: vooral de medisch en klinisch-psychologisch geschoolden dienden op basis van hun deskundigheid en verantwoordelijkheid hun zeggenschap te behouden. Voortdurende conflicten tussen de behandelaars onderling over de democratisering leidden in de tweede helft van de jaren zeventig tot een aantasting van het aanzien van Veluweland en een daling van het aantal patiënten.

In 1969 kwam in Santpoort met de jeugdkliniek Amstelland voor zeventig patiënten van veertien tot 25 jaar naast Rijnland een tweede psychotherapeutische gemeenschap tot stand. De leiding was in handen van de jonge 'kritische' psychiater J. van de Lande, die grote bewondering koesterde voor de antipsychiaters Laing en Cooper en geloofde dat een psychose een fase kon zijn in de persoonlijke groei.[2955] De oprichting van Amstelland zorgde voor wrevel in de rest van het ziekenhuis. De directie wees Van de Lande namelijk een pas verbouwde en opnieuw ingerichte vleugel toe die eigenlijk was bedoeld voor een afdeling met chronische patiënten. Niet alleen wat betreft de huisvesting ging Amstelland ten koste van de chronische patiënten. Aangezien aan chronische bedden maar een derde van de ontvangen verpleegprijs werd besteed, was met het overblijvende geld de veel duurdere therapeutische gemeenschap te bekostigen. Amstelland kreeg twintig individuele slaapkamers: een grote luxe, gezien de nog altijd massale slaapzalen van de andere afdelingen. In de rest van het ziekenhuis werd de afdeling ook wel met 'het Hilton' aangeduid. Ook met personeel was de therapeutische gemeenschap zeer ruim bedeeld: er werkten tussen de 45 en vijftig medewerkers, voor het merendeel verpleegkundigen en maatschappelijk werkers die als groepsleiders en sociotherapeuten functioneerden. De nieuwe Santpoortse jeugdkliniek Amstelland kreeg een landelijke uitstraling en trok veel media-aandacht. Enkele maanden na de opening verscheen een documentaire op televisie en in 1975 kwam op basis van de aan Amstelland gewijde theatervoorstelling *Toestanden* van het Werktheater een film, *Kind van de zon*, tot stand. De publiciteit versterkte het zelfbewustzijn van de staf, die sympathiseerde met de tegencultuur van jongeren. De behandelaars zagen zichzelf als een voorhoede die zich had ontworsteld aan de in hun ogen achterlijke toestand waarin de rest van Santpoort nog verkeerde.[2956]

Met een grote mate aan permissiviteit, inspraak en informele omgangsvormen belichaamde Amstelland de vrijgevochten jaren zeventig.

> En zo schonden de ‘Amstellandertjes’ alle tot dan toe geldende regels en normen: ze lagen op het gras, liepen bloot rond, zaagden boompjes om, gooiden ruiten stuk, bedreven de liefde en rookten weed. […] Het eerbiedwaardige Santpoort werd even het toneel van de Amsterdamse hippie- en provocultuur.[2957]

Sancties en verplichtingen als school, werk of arbeidstherapie werden afgezworen: strafmaatregelen en prestatiedruk strookten niet met het behandelethos waarin

---

[2955] Over de geschiedenis van Amstelland zie: Sterman 1982; Van den Langenberg 1991; Vijselaar 1997d; Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997, 15-97; Blok 2003.
[2956] Vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 133.
[2957] Vijselaar 1997d, 198.

zelfverantwoordelijkheid centraal stond. Het ging om een voortdurende bezinning op het eigen functioneren.

> Dit trachten wij te realiseren [aldus een medewerker] door middel van intensieve overlegactiviteiten tussen diverse groeperingen, zowel binnen de staf, als tussen staf en patiënten. Het heeft als consequentie dat er in het stafprogramma veel tijd ingeroosterd is om van elkaars werk notie te nemen, elkaar te kunnen steunen en op de vingers te tikken.[2958]

Behandelaars en patiënten moesten op basis van gelijkheid met elkaar omgaan en op gezamenlijke vergaderingen in alle openheid met elkaar overleggen over alle aspecten van het verblijf in de therapeutische gemeenschap. De patiënten hadden zelfs inspraak bij beslissingen over het aannemen van nieuwe stafleden en het opnemen van nieuwe patiënten.

Het opnamebeleid van Amstelland was nogal selectief: patiënten moesten gemotiveerd zijn en passen bij het behandelingsrepertoire, dat voornamelijk was ontleend aan de psychoanalyse, de sociale en ontwikkelingspsychologie en systeemtheorieën. Jongeren met hersenafwijkingen, symptomen van zwakzinnigheid, ernstige psychosen, geringe intellectuele begaafdheid, crimineel gedrag, verslaving en een gebrek aan 'relationeel probleembesef', vermogen tot zelfreflectie en wil tot verandering in de omgang met anderen hadden weinig kans om opgenomen te worden. De helft van de nieuw aangemelde patiënten werd afgewezen of trok zich uit zichzelf terug. Adolescenten met een bovengemiddeld intelligentieniveau uit de hogere en middenklassen waren oververtegenwoordigd in Amstelland. De meeste patiënten waren volgens een van de medewerkers 'redelijk intelligent, benieuwd naar het waarom van hun eigen gedrag en gevoelens, en enigermate in staat om hiervoor in zichzelf te kijken'.[2959] Voor zover ze daarin niet al waren ingevoerd, was het noodzakelijk dat nieuwelingen vertrouwd raakten met het jargon - 'bespreekbaar maken', 'ervoor kiezen', 'irritaties naar jou toe' en 'opgefokt' - en de gebruiken in Amstelland: 'wat eerst nog vreemd leek, zoals met messen in plaats van theelepeltjes in je koffie roeren, die ongeveer zes keer per dag gezet wordt, is nu heel gewoon geworden.'[2960]

In Amstelland botsten de idealen van de therapeutische gemeenschap al gauw met de realiteit. De grote permissiviteit leidde tot vernielingen en vervuiling. Patiënten brachten veel tijd in ledigheid, met koffiedrinken en kletsen, door. De nadruk op het eigen initiatief en het afzien van verplichtingen en sancties leidden ertoe dat sommige patiënten zich onttrokken aan wat de essentie van de therapeutische gemeenschap inhield, de groepstherapie. Bovendien verliep deze vaak moeizaam, omdat leef- en behandelgroepen samenvielen, waardoor de behandeling voortdurend doorkruist en belemmerd werd door strubbelingen in het dagelijks leven. Deels verschoof de behandeling daardoor naar individuele psychotherapie. Hoewel de behandelfilosofie voorschreef dat een psychische crisis niet gedempt, maar doorleefd moest worden, kregen patiënten met ernstige psychotische en depressieve verschijnselen ook psychofarmaca toegediend en ging het personeel soms over tot separatie en isolatie, wat eigenlijk niet

---

[2958] Sterman 1982, 163.
[2959] Sterman 1982, 151, 153.
[2960] Sterman 1982, 171.

paste in een therapeutische gemeenschap. Ook de democratisering stuitte op grenzen: status-, machts- en kennisverschillen lieten zich moeilijk wegpraten. Patiënten voelden zich niet gelijk aan de stafleden en ze maakten in feite maar weinig gebruik van hun recht op medezeggenschap. Op de patiënt-stafvergaderingen stelden ze zich terughoudend op en lieten ze doorgaans niet het achterste van hun tong zien.

Een viertal zelfmoorden in 1974, een daling van het aantal nieuwe aanmeldingen, een oplopende verblijfsduur van patiënten met ernstige stoornissen en spanningen tussen voorzichtige en radicale vernieuwers leidden tot aanpassingen in de organisatie van Amstelland. Weliswaar bleven de principes van de therapeutische gemeenschap gehandhaafd, maar er kwam meer orde en structuur in het leef- en behandelregime en behandelaars grepen sneller en actiever in als er zich crisissituaties voordeden. Naast groepspsychotherapie, psychodrama en het sociotherapeutische leefklimaat kwam er meer ruimte voor psychofarmaca, directieve en opvoedende begeleiding en, als het niet anders kon, ook dwangmaatregelen. In het aanstellingsbeleid van het personeel, waarin persoonlijkheid en motivatie aanvankelijk belangrijker werden geacht dan kennis en kunde, kwamen professionele maatstaven sterker op de voorgrond te staan. De staf kreeg meer zeggenschap en psychiatrische diagnostiek gold niet langer als verwerpelijk. Deze veranderingen bleken niet voldoende om het hoofd te bieden aan de moeilijkheden en ontwikkelingen waarmee de staf van Amstelland zich vanaf 1980 geconfronteerd zag: bezuinigingen, de toenemende overheidsbemoeienis met de jeugd- en kinderpsychiatrie, een afnemende bedbezetting en onder de overblijvende patiënten een groeiend aantal moeilijk (be)handelbare en agressieve jongeren. Door het oplopende aantal patiënten bij wie de behandeling geen enkele verbetering teweegbracht, kreeg het therapeutisch optimisme waaruit Amstelland was voortgekomen een gevoelige deuk.

De therapeutische gemeenschap bleek te geïsoleerd, te eenzijdig, te gespecialiseerd en te selectief te opereren om te voldoen aan de veranderende eisen die aan een jeugdpsychiatrische instelling werden gesteld. De overheid drong aan op bovenregionale voorzieningen voor jeugd- en kinderpsychiatrie met een breed behandelaanbod voor uiteenlopende psychiatrische moeilijkheden. Vanaf 1983 werkte Amstelland samen met de van oorsprong katholieke kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek Tulpenburg in Amstelveen en in 1994 zouden zij fuseren tot Triversum, een van de grootste instellingen op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland.[2961] De noodzaak om de doelgroep te verbreden, het behandelaanbod te differentiëren en een minder selectief opnamebeleid te voeren, leidde ertoe dat Amstelland zich in 1983 opsplitste in twee afdelingen: een die met nadruk op inzichtgevende psychotherapieën veel elementen van de therapeutische gemeenschap bewaarde en een waarin kortdurende en directieve therapeutische interventies gericht op gedragsverandering, ondersteuning en resocialisering centraal stonden. Daarmee schoof Amstelland op in de richting van de eerder verfoeide reguliere psychiatrie.

Over de praktijk van de therapeutische gemeenschap zijn we verder geïnformeerd door de casestudy van G. Blok van de opnameafdeling Conolly van Brinkgreven. Deze werd in 1970 op initiatief van een psycholoog en hoofdverpleegkundige omgevormd tot een therapeutische gemeenschap. Blok heeft ex-medewerkers van Conolly geïnterviewd en vijftig geanonimiseerde patiëntendossiers bestudeerd.[2962] Ter bevordering van de

[2961] Over de geschiedenis van Tulpenburg en Trivium zie Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997, 3-97.
[2962] Blok 2004, 55-105; vergelijk Hogenstijn 2004, 107-108, 116-117.

openheid en het onderlinge vertrouwen in de groep vonden tweewekelijkse bijeenkomsten van het behandelend en verplegend personeel en de 'bewoners' plaats, waarop de deelnemers aan de hand van zogenaamde Open Rapporten gezamenlijk de gang van zaken op de afdeling en het gedrag van patiënten bespraken. Voorop stond de eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid van de bewoners. Passiviteit en ontwijkend gedrag werden afgewezen: mensen zouden in wezen over keuzevrijheid beschikken en ze moesten het heft in eigen hand nemen. Verplichtingen, regelmaat en orde golden als hindernis voor de bewoners om 'aan zichzelf te werken' en om zo tot persoonlijke verandering te komen. Om de weerstanden daartegen te doorbreken maakten de behandelaars vaak gebruik van de zogenaamde paradoxale aanpak: een op de spits gedreven realiteitsconfrontatie, die eruit bestond dat zij ongewenst gedrag van patiënten tot in het absurde aanmoedigden, zodat dezen wakker zouden worden geschud en uit zichzelf hun gedrag veranderden.

Het behandelrepertoire op Conolly bestond in hoofdzaak uit groeps-, gezins- en relatietherapieën, aangevuld met psychoanalytisch georiënteerde individuele psychotherapie. Het sociale model en de psychotherapeutische oriëntatie sloten het gebruik van antipsychotica, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen niet geheel uit, hoewel medicatie evenals dwangmiddelen op gespannen voet stonden met de nagestreefde vrije emotionele expressie. Verpleegkundigen, die zich vanuit hun eigen emancipatie- en bevrijdingsstreven vaak met (jonge) patiënten identificeerden, traden minder als verzorger en meer als behandelaar op. Hun rapportages werden uitgebreider en therapeutisch van toon. De psychotherapeutische behandelvormen spitsten zich toe op omgangs- en communicatiepatronen alsook op machts- en afhankelijksverhoudingen, met name in het gezin. De veronderstelling was dat in gedrag en communicatie allerlei verborgen boodschappen schuilgingen, waardoor mensen elkaar voortdurend manipuleerden en waarvan zij zich bewust moesten worden. Het doel was de bevrijding van het individu uit de rigide sociale structuren waarin het gevangen was geraakt en die de psychische stoornissen hadden veroorzaakt.

In 1977 maakte een nieuwe afdelingspsychiater met steun van de geneesheer-directeur een eind aan de therapeutische gemeenschap zoals die op Conolly vorm had gekregen. De Open Rapporten werden afgeschaft en het primaat van het sociale model, dat op Conolly had geleid tot een verdringing van psychiaters door psychologen en als sociotherapeuten optredende verpleegkundigen, moest wijken voor een herstel van de psychiatrische autoriteit. Dit ingrijpen was het gevolg van een aantal moeilijkheden die zich op en rond Conolly voordeden. De interne verhoudingen waren gepolariseerd geraakt. Psychiaters die niet geheel volgens het sociale model wilden werken en ook aandacht vroegen voor de biomedische aspecten van geestesziekte, konden op veel tegenwerking rekenen. Ook onder verpleegkundigen was verdeeldheid ontstaan: sommigen konden zich niet vinden in hun rol als verlengstuk van de psychotherapeuten. Zij vonden dat dit ten koste ging van hun zorgtaken.

De kritiek op de gangmakers van de therapeutische gemeenschap groeide: er zou sprake zijn van sektarisme, betweterij, schijndemocratie en schijnopenheid. Zij zouden elitair en arrogant zijn en te confronterend optreden ten aanzien van patiënten. Discussie over de effectiviteit van en de geschiktheid van patiënten voor de socio- en psychotherapeutische behandeling was nauwelijks mogelijk. Patiënten die vanwege de ernst van hun psychische stoornissen niet aan de optimistische verwachtingen omtrent

hun behandelbaarheid beantwoordden, kwamen in de kou te staan. Naast de interne vertrouwenscrisis deed zich een probleem voor waarbij het functioneren van geheel Brinkgreven in het geding was. De praktijk van de therapeutische gemeenschap bleek op gespannen voet te staan met de functie die Conolly als opnameafdeling diende te vervullen. De behandelaars gingen een selectief, op hun behandelfilosofie afgestemd opnamebeleid voeren en hielden sommige patiënten te lang vast. Daardoor stokte de doorstroming en kwam de opnamecapaciteit van Brinkgreven in gevaar. Als algemeen psychiatrisch ziekenhuis kon Brinkgreven zich geen selectief opnamebeleid permitteren en moest het ook chronische patiënten opvangen, die niet geschikt waren voor de therapeutische gemeenschap zoals die op Conolly functioneerde.

De therapeutische gemeenschap was aanvankelijk opgericht in klinieken en op afdelingen voor neurotische en licht-psychotische patiënten, maar in de jaren zeventig werd zij, meestal in aangepaste vorm, ook op afdelingen voor chronische geesteszieken ingevoerd. Daarbij werden de therapeutische ambities wel teruggeschroefd: hier was het doel niet zozeer zelfinzicht, persoonlijke bevrijding en ontplooiing als wel het aanleren van sociaal gedrag en zelfredzaamheid. De afdeling Zuideroort van Vogelenzang, door Van Ree in 1969 omgevormd tot therapeutische gemeenschap, was in dit opzicht een voorloper.[2963] In 1972 volgden het reeds genoemde Rijnland in Santpoort en Brinkgreven met paviljoen Esquirol voor chronische patiënten.[2964] Begin jaren zeventig nam de psychiater G.J. Zwanikken in Voorburg met steun van enkele nieuwe verpleegkundigen, die de plaats van religieuze zusters hadden ingenomen, het initiatief tot de opzet van een therapeutische gemeenschap op de gesloten afdeling Martha voor moeilijk handelbare vrouwelijke patiënten, die niet op andere afdelingen waren te handhaven. Het experiment verliep moeizaam en leidde tot chaotische toestanden en voortdurende crisissituaties. Patiënten die gewend waren aan regelmaat en die aan vastigheid hechtten, konden er niet goed mee uit de voeten. Het aantal suïcides nam toe. Familieleden van patiënten waren niet zelden onaangenaam verrast door de toestanden die ze op de afdeling aantroffen. Een leerling-verpleegkundige die in 1974 op Martha kwam werken, had bij kennismaking met de afdeling meteen al zo haar bedenkingen.

> Woensdags stond ik dan op een reusachtige afdeling met kale hoge muren; nergens stonden planten of hingen gordijnen. De vloer was zó vies dat je bang was er overheen te lopen. Het was er koud omdat de deuren en ramen tegen elkaar openstonden en hier en daar zaten wat mensen in een hoekje of aan een tafel. Er kwam een patiënte binnen die de deur dichtgooide alsof die eruit moest. Ze begon al meteen te schelden en ik kreeg, geloof ik, al meteen kippevel. Ik stelde mij aan mijn collega's voor en vroeg zowat meteen wat ik hier zoal moest doen. Het antwoord lijkt gemakkelijk maar is het in de praktijk niet. Mijn collega zei namelijk: 'hier moet je niets doen maar jezelf zijn'. Dat niets doen begreep ik toen nog niet zo goed want ik vond dat het zaakje best een sopje kon gebruiken. Daarna werd ik op de afdeling rondgeleid en werd mijn verbazing steeds groter; vieze toiletten waar de faeces tegen de muur aan zat, bedden niet opgemaakt, vieze mensen, etc. Ik vroeg waarom wij dit niet moesten schoonmaken? Hierop luidde het antwoord, dat wij dat niet vuil maakten, doch dat de mensen dit hadden

[2963] Van Ree 2007, 73-80.
[2964] Blok 2004, 107-130.

gedaan en wanneer zij graag zelfstandig wilden zijn, dat zij dan ook de consequenties daarvan moesten dragen. Bij mij bleef de gedachte: kunnen zij dat wel?'[2965]

4.4.6. *Kentering: de weerbarstigheid van geestesziekte*

Vanaf het eind van de jaren zeventig verloor het socio- en psychotherapeutische behandelethos aan glans en begonnen psychiatrische ziekenhuizen hun koers te verleggen. Hiervoor is een drietal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste bleek dat socio- en psychotherapieën geen oplossing boden voor zware en chronische geestesstoornissen. Voor zover patiënten er baat bij hadden, betrof het vooral lijders aan neurotische stoornissen en minder ernstige psychotische aandoeningen; voor de meeste andere geesteszieken konden de curatieve pretenties niet worden waargemaakt. Het therapeutische optimisme botste op de weerbarstige realiteit van ernstige psychiatrische problematiek en de capaciteitsproblemen die zich mede als gevolg daarvan in toenemende mate voordeden.

Ten tweede leverden de therapeutische vernieuwingen in combinatie met de doorwerking van de kritische psychiatrie spanningen en conflicten op in psychiatrische ziekenhuizen. Steeds meer psychiaters en verpleegkundigen keerden zich tegen de in hun ogen eenzijdige sociaalpsychologische optiek en pleitten voor een meer evenwichtige benadering, waarin ook recht werd gedaan aan de medisch-biologische aspecten van geestesziekte en het belang van verpleegzorg. Zij begonnen de kritische psychiatrie van repliek te dienen en daarmee konden zij op steun rekenen vanuit de maatschappij, met name van familieleden van psychiatrische patiënten.

Ten derde moesten psychiatrische ziekenhuizen begin jaren tachtig onder invloed van het overheidsbeleid bezuinigingen en reorganisaties doorvoeren. Kostenbeheersing, doelmatigheid, professionele deskundigheid en een zakelijke bedrijfsvoering wonnen aan belang. Deze stonden op gespannen voet met de gedemocratiseerde en soms gepolitiseerde verhoudingen, die ingewikkelde overlegstructuren met zich brachten en waardoor verantwoordelijkheden niet duidelijk waren afgebakend. Er werden vraagtekens geplaatst bij de kosten en baten van het socio- en psychotherapeutisch behandelrepertoire en in het bijzonder de kleinschalige en autonoom functionerende therapeutische gemeenschappen. Deze vereisten relatief veel hooggeschoold personeel en waren daardoor relatief duur, terwijl ze niet ten goede kwamen aan de totale ziekenhuispopulatie, maar vooral waren toegesneden op een beperkte groep van jongere, licht-psychotische en neurotische patiënten.[2966]

Al in de loop van de jaren zeventig werd veelvuldig geconstateerd dat psychiatrische ziekenhuizen (opnieuw) dreigden dicht te slibben. De nagestreefde doorstroming stagneerde als gevolg van het grote aantal langdurig opgenomen chronische geesteszieken en de groei van het aantal draaideurpatiënten bij wie weinig uitzicht op herstel of verbetering bestond.[2967] De afdelingen voor langdurig verblijf in Santpoort en in Duin en Bosch bijvoorbeeld vormden met respectievelijk 500 en 600 bedden eind jaren zeventig nog altijd de omvangrijkste onderdelen van deze ziekenhuizen. Daarin bevonden zich veel ouderen - in 1980 was zeventig procent van de patiënten van Santpoort ouder

[2965] Binneveld en Wolf 1985, 204.
[2966] Van de Lande 1982b, 8-11.
[2967] Blok s.a.c [1999], 80-81.

dan zestig jaar - en verstandelijk gehandicapten.[2968] In 1980 verbleven van de ruim 1.450 patiënten in het Psychiatrisch Centrum Venray bijna 800, meer dan de helft, langer dan tien jaar in het ziekenhuis.[2969] In nieuwe psychiatrische ziekenhuizen als De Welterhof lag het aandeel van de chronische patiënten - geesteszieken die langer dan twee jaar waren opgenomen - op een lager niveau, maar er was wel sprake van een stijgende lijn: in 1977 ging het om een kwart en in 1982 om meer dan dertig procent.[2970]

Mede als gevolg van het socio- en psychotherapeutisch optimisme en nieuwe behandelvoorzieningen voor met name acute psychiatrische patiënten waren chronische geesteszieken in de jaren zeventig enigszins op de achtergrond komen te staan, hoewel zij niet waren vergeten en sommige psychiatrische ziekenhuizen voor deze groep nieuwe initiatieven ontplooiden. In de jaren 1971-1973 trok St. Bavo veel publieke aandacht met twee zelfkritische rapporten die de zogenaamde visiecommissie van deze instelling had opgesteld over de slechte levensomstandigheden van het grote aantal opgenomen chronische patiënten. Van de 700 patiënten in St. Bavo bleek tachtig procent meer dan één jaar en vijftig procent meer dan tien jaar in het ziekenhuis te verblijven.[2971] Volgens de visiecommissie was deze massale chroniciteit allereerst het gevolg van een volkomen ongeschikte behuizing waarin elke vorm van persoonlijke eigenheid verloren ging en daarnaast ook van de traditionele inrichtingsverpleging, die patiënten van de maatschappij isoleerde en hen volkomen afhankelijk en apathisch maakte. Om deze hospitalisatie te doorbreken zou de zorg voor langdurig opgenomen patiënten drastisch moeten veranderen. Curatieve behandeling had weliswaar weinig zin, maar dat betekende niet dat hun lot volkomen hopeloos was. De visiecommissie bepleitte een verkleining van hun verblijfsafdelingen, de ontwikkeling van nieuwe woonvormen, slechting van de barrières tussen ziekenhuis en samenleving en de nodige begeleidende, ondersteunende en activerende hulpverlening ter vergroting van hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en keuzevrijheid. In 1982 verhuisden circa 170 chronische patiënten naar reguliere rijtjeshuizen op het inrichtingsterrein. Uit onderzoek bleek dat zij redelijk tevreden waren over hun nieuwe woonsituatie en dat zij in hun dagelijkse leven meer zelfstandigheid aan de dag legden dan voorheen. Aan de andere kant vertoonden zij ook de neiging om meer dan op de verblijfsafdelingen langs elkaar heen te leven - vereenzaming lag op de loer - en ontbrak het aan dagvulling.[2972]

St. Bavo was niet het enige psychiatrische ziekenhuis dat bijzondere aandacht voor chronische patiënten aan de dag legde. De van oorsprong gereformeerde instellingen Veldwijk, Wolfheze, Dennenoord en Vogelenzang onderscheidden zich in het bijzonder met revalidatie- en resocialisatie-activiteiten en verbeteringen van de woonsituatie van deze groep.[2973] Ook in Voorburg, de Willem Arntsz Hoeve, het Deltaziekenhuis, Endegeest, St. Willibrord en Santpoort spanden behandelaars zich in om het leefklimaat voor langdurige geesteszieken te verbeteren. Diverse vormen van bezigheidstherapie dienden om deze patiënten dagstructuur te bieden en hen sociale vaardigheden en zo

---

[2968] Vijselaar 1997d, 216-217.
[2969] Van Els 2005, 228.
[2970] Blok s.a.c [1999], 79.
[2971] Offerhaus 1983, 62, 65.
[2972] Hoekstra 1974; Offerhaus 1983; Wennink 1986; Wennink 1989, 153-181; Henkelman en De Ruiter 1991, 47-49.
[2973] De Groot 1984, 241-259; Brinkman 1984, 325; Kuiper 1984, 372-373, Furnée en Jonkman 1994, 157.

mogelijk enige zelfredzaamheid bij te brengen.[2974] In Vogelenzang, Santpoort, Brinkgreven en Voorburg werden, zo hebben we gezien, zelfs therapeutische gemeenschappen voor chronische patiënten ingericht. In sommige ziekenhuizen kwamen aparte psychogeriatrische afdelingen of circuits voor bejaarden tot stand; een groot deel van de chronische patiënten bestond nog steeds uit ouderen. De psychiatrie en de psychogeriatrie waren als gevolg van de externe differentiatie uit elkaar gegroeid - de laatste tak van de geneeskunde was vooral het werkterrein van huisartsen en internisten in verpleeghuizen - maar vanaf 1980 kregen psychiaters meer belangstelling hiervoor en ontwikkelden zij meer deskundigheid op dit terrein. In 1979 stelde de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een aparte inspecteur voor de psychogeriatrie aan en drie jaar later richtten psychiaters de Vereniging voor Psychogeriatrie op.[2975]

Dit alles nam niet weg dat het socio- en psychotherapeutisch behandeloptimisme grotendeels beperkt bleef tot bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het ging grotendeels voorbij aan en zelfs ten koste van de meeste chronische patiënten. De verwachtingen omtrent de mogelijkheden om chroniciteit te voorkomen of te verhelpen, zoals de visiecommissie van St. Bavo die bijvoorbeeld koesterde, liepen uit op teleurstellingen.[2976] De mede door de kritische psychiatrie ingegeven veronderstelling dat de kenmerken die chronische geesteszieken vertoonden, zoals apathie, passiviteit, afhankelijkheid, zelfverwaarlozing, demotivatie en vereenzaming, hoofdzakelijk het resultaat waren van langdurige institutionalisering, kwam op losse schroeven te staan. In de loop van de jaren tachtig werden er vraagtekens geplaatst bij het idee dat hospitalisatie de boosdoener was. Psychiaters en sociaalwetenschappelijke onderzoekers raakten er steeds meer van overtuigd dat de typische eigenschappen van chronische patiënten maar voor een beperkt deel samenhingen met langdurige opname en in hoge mate inherent waren aan ernstige geestesziekten zoals schizofrenie en manische depressie. De chronische problematiek deed zich ook onafhankelijk van een lang verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis voor en bleek niet te verdwijnen als deze patiënten in beschutte of beschermende woonvormen werden ondergebracht. Weliswaar waren sommigen hierbij gebaat en ontwikkelden zij enige zelfstandigheid en zelfredzaamheid in het dagelijks leven, maar de meesten bleven afhankelijk van veel begeleiding en ondersteuning.[2977] De doorstroming in deze voorzieningen was gering en van de patiënten die deze woonvormen weer verlieten, kwam ongeveer de helft opnieuw in een psychiatrisch ziekenhuis of anders in een verpleeghuis terecht.[2978]

De sociaal-psychologische benadering ging in de jaren zeventig gepaard met een onderschatting van de ernst, de hardnekkigheid en de ongeneeslijkheid van bepaalde geestesziekten en de hulpbehoefte van de lijders.[2979] Vanwege hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid konden velen van hen op verre na niet voldoen aan de hoge eisen die de

---

[2974] Binneveld en Wolf 1985, 213-217; Koppers 1991; Dankers en Van der Linden 1996, 144-146; Blok 1998c, 231-232; Vijselaar 1999a, 126-127; Bakker en De Boer 2002b, 289-301.
[2975] Robben 1993.
[2976] Blok 2004, 201-202.
[2977] Giel 1984; Holman en Wennink 1985; Wennink 1986; Wiersma et al. 1988; Wennink 1989a, 153-181; Wennink 1989b; Koppers 1991; De Natris 1991b, 34; Henkelman en De Ruiter 1991, 51-52, 101, 312-316.
[2978] Haveman, Brook en Burger 1983, 352-353.
[2979] Offerhaus 1983, 226-230; Van der Reijden 1984, 105; Wennink 1989, 46-47, 173-179; Henkelman en De Ruiter 1991, 36, 42-47.

sociaal-psychologische aanpak stelde aan zelfinzicht, zelfwerkzaamheid, mondigheid en veranderbaarheid. Autonomie en zelfontplooiing waren voor hen een brug te ver. Patiënten die niet aan de verwachtingen tegemoet kwamen, kregen minder aandacht en verblijfsafdelingen moesten het vaak met een lager budget, slechtere huisvesting en minder behandelaars stellen dan opname- en behandelafdelingen.[2980] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid wees er vanaf 1976 in haar jaarverslagen herhaaldelijk op dat de verbetering van de therapeutische faciliteiten voor acute, behandelbare patiënten en de daarmee samenhangende deconcentratie ten koste dreigden te gaan van de zorg voor chronische lijders. De laatsten bleven achter in verouderde verblijfsafdelingen, die vanwege hun gebrek aan privacy en de slechte sanitaire voorzieningen niet meer aan de eigentijdse eisen voldeden.[2981] In het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort bijvoorbeeld verbleven zij in 'onacceptabele gebouwen' en was daardoor een 'onmogelijke situatie' ontstaan.[2982] Het begon erop te lijken dat psychiatrische ziekenhuizen hun asielfunctie, die zij naar het oordeel van de Inspectie bij gebrek aan voldoende alternatieve opvangmogelijkheden nog altijd dienden te vervullen, verwaarloosden.[2983] Dit klemde des te meer omdat niet alle chronische patiënten over de capaciteiten beschikten om in aanmerking te komen voor alternatieve zorgvoorzieningen als de beschutte en beschermende woonvormen, ambulante hulpverlening of mantelzorg. Bovendien waren deze nog lang niet in voldoende mate aanwezig. De voorstanders van de afbouw of zelfs afschaffing van psychiatrische ziekenhuizen, zoals de initiatiefnemers van de Moratoriumactie en hun aanhangers, gingen hier volledig aan voorbij. Volgens de Inspectie dreigden de verblijfspatiënten de dupe te worden van de Moratoriumactie omdat de broodnodige renovatie van bestaande ziekenhuizen op de lange baan werd geschoven.

> Het verguizen van psychiatrische ziekenhuizen is een bezigheid waarmede niet onbeperkt doorgegaan kan worden. Men moet geen oude schoenen wegwerpen, alvorens men de nieuwe schoenen zorgvuldig op bruikbaarheid heeft onderzocht. Italiaanse en Amerikaanse ervaringen met een drastische reduktie van de psychiatrische ziekenhuizen zonder daarbij te kunnen beschikken over bewezen en beproefde alternatieve behandelingssystemen, spreken hier boekdelen.[2984]

[2980] Schudel 1976, 89, 141-144, 148; vergelijk Van Ommen 1988, 67; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 138; Blok 1998c, 232; Van Els 2005, 228.
[2981] Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1976, 43; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 66; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 5, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 19-21; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14.
[2982] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3, 93, 110.
[2983] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 67; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 96; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 23.
[2984] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2.

In dit verband laakte de Inspectie ook de planningsnorm van de overheid voor de omvang van het psychiatrische beddenbestand. De realisering van de norm van 1,1 per 1.000 inwoners betekende dat er 6.000 bedden moesten verdwijnen. Hiervan zouden vooral zorgbehoeftige chronische patiënten de dupe worden, zo waarschuwde de Inspectie.[2985] De ernst en de omvang van chronische psychische stoornissen waren niet alleen voor de Inspectie, maar ook voor sommige psychiaters, hun beroepsvereniging de NVP, het College van Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid reden om kritische kanttekeningen te plaatsen bij het in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* aangekondigde substitutie- en extramuraliseringsbeleid.[2986]

Begin jaren tachtig nam de aandacht voor chronische geesteszieken toe en gaf de omvang van deze groep aanleiding tot een gevoel van urgentie. Uitgaande van de veel gebruikte definitie van chronisch, een verblijfsduur van meer dan twee jaar in een psychiatrisch ziekenhuis (de kans op blijvend herstel was na die tijdsperiode nog maar heel klein), ging het om 55 procent van de totale bevolking van psychiatrische ziekenhuizen, dat wil zeggen zo'n 12.000 geesteszieken. Zo'n 45 procent, tegen de 10.000 patiënten, bestond uit zogenaamde 'oude' chronici, patiënten die meer dan vijf jaar en voor een groot deel zelfs meer dan tien jaar waren opgenomen. Het ging bij deze groep vooral om lijders aan schizofrenie en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, en daarnaast om demente ouderen en verstandelijk gehandicapten. De meerderheid van hen - ongeveer zeventig procent - bestond uit oudere patiënten die gemiddeld zo'n twintig jaar in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven. Als gevolg van de toegenomen levensverwachting na 1950 was de chronische bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen sterk vergrijsd. Het aantal 'nieuwe' chronici, jongere patiënten die tussen de twee en vijf jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, bedroeg 2.700 à 3.000. Naast schizofrenie en andere psychotische stoornissen waren dementie en alcohol- en drugsverslaving de meest voorkomende ziektebeelden onder deze groep.[2987] Vijf tot tien procent van alle nieuw opgenomen patiënten ging op den duur tot de groep van nieuwe chronici horen, zodat deze elk jaar met 2.000 toenam.[2988]

Deze aantallen hebben betrekking op geesteszieken die lange tijd onafgebroken waren opgenomen. Daarnaast was er sprake van een onbekend, maar groeiend aantal draaideurpatiënten dat gedurende twee jaar of langer meerdere keren voor korte duur werd opgenomen en een eveneens onbekend aantal langdurig geesteszieke mensen dat ambulante hulp kreeg of in het geheel geen contact met de geestelijke gezondheidszorg had.[2989] Onder de draaideurpatiënten, die voor een toenemende druk op de opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zorgden, waren lijders aan

---

[2985] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 2-3; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 5-6.

[2986] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 83-84; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 92-93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8-9, 20-21; Buis 1981; Giel 1984; Giel 1987; Van Borssum Waalkes 1987; Henkelman en De Ruiter 1991, 63-67; vergelijk Holman en Wennink 1985; Wiersma et al. 1988.

[2987] Offerhaus 1983, 69; Giel 1984, 251-253; Van der Reijden 1984, 35, 75; Holman en Wennink 1985; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7; Van Borssum Waalkes 1987; Wiersma et al. 1988, 389-391; Robben 1993, 1207.

[2988] Henkelman en De Ruiter 1991, 10-11.

[2989] Brook 1984; Giel 1984, 251-253; Wiersma et al. 1988, 389-391; Henkelman en De Ruiter 1991, 10-11; vergelijk Wolf 1990.

schizofrenie tussen 25 en 35 jaar en verslaafde mannen onder de 45 jaar sterk vertegenwoordigd.[2990] Veel psychiatrische ziekenhuizen zagen zich vanaf het midden van de jaren zeventig geconfronteerd met een groeiend aantal moeilijk handelbare en agressieve patiënten, van wie een toenemend aantal met een inbewaringstelling werd opgenomen. In Santpoort bijvoorbeeld was er sprake van een oplopend aantal opnamen van ernstig gestoorde patiënten. Het Provinciaal Ziekenhuis kreeg van met name de Amsterdamse voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, waaronder twee universitaire klinieken, de moeilijkste gevallen doorverwezen, waaronder groeiende aantallen verslaafden, agressieve gedragsgestoorden en allochtone geesteszieken. Steeds vaker ging het om gedwongen en acute opnemingen. De opnameafdelingen werden geteisterd door onrust, chaos, agressie en vernielzucht.[2991] Door nood gedwongen moesten behandelaars en verpleegkundigen steeds vaker gebruik maken van separeer- en isoleercellen en tranquillizers. Rond 1980 werden in Santpoort speciale gesloten afdelingen voor onrustige en agressieve patiënten opgezet met een intensieve verpleging. Deze afdelingen liepen mede door het selectieve opnamebeleid van andere afdelingen al gauw vol. Ook in andere ziekenhuizen kwamen nieuwe gesloten afdelingen voor moeilijk handelbare en ongemotiveerde patiënten tot stand. Al eerder, in 1978, boog een op initiatief van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid opgerichte werkgroep zich over het probleem van de zogenoemde sterk gedragsgestoorde en agressieve (SGA) patiënten, die moeilijk in psychiatrische ziekenhuizen te plaatsen waren en van wie een toenemend aantal in het justitiële circuit dreigde te belanden. Eind jaren tachtig werden in het Psychiatrisch Ziekenhuis De Grote Beek in Eindhoven en in Santpoort speciale SGA-afdelingen met veel toezicht en intensieve begeleiding opgezet.[2992]

Een andere tendens die begin jaren tachtig zorgen baarde, was het groeiende aantal zelfmoorden in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Tussen 1970 en 1989 liep dat op van 66 tot bijna 300 per jaar, bijna een vervijfvoudiging, terwijl het suïcidecijfer in de maatschappij bijna was verdubbeld. Terwijl de zelfmoordfrequentie in psychiatrische ziekenhuizen in 1970 vijftien keer hoger lag dan in de samenleving, bedroeg deze eind jaren zeventig het dertigvoudige en medio jaren tachtig het 75-voudige van het gemiddelde suïcidecijfer. Op psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen liep de frequentie zelfs op tot het 140-voudige van die in de maatschappij.[2993] Een duidelijke verklaring

---

[2990] Haveman 1980, 275; Brook 1984, 508-510, 516; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 95; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 50; Henkelman en De Ruiter 1991, 13.

[2991] Vijselaar 1997d, 212-213.

[2992] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 5-6, 83; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 27; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 55; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 72; Lucieer 2005, 62, 69-70.Volgens Binneveld en Wolf (1985, 224) kreeg Voorburg al eerder, in 1984, een SGA-afdeling.

[2993] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 129-130; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 61; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 65; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 110; Brunenberg, Kruyt en Schnabel 1991, 75-77; Brunenberg en Bijl 1996, 15-16, 179. In de jaren negentig daalde het zelfmoordcijfer in de geestelijke gezondheidszorg tot tussen 200 en 260. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 110;

voor deze sterke aanwas is niet voorhanden. In internationaal en historisch perspectief is het hoge cijfer in elk geval niet uitzonderlijk. Dezelfde trend deed zich ook in andere landen voor; voorts lag rond 1900 het zelfmoordcijfer in de Nederlandse samenleving en in psychiatrische inrichtingen op hetzelfde niveau als medio jaren zeventig.

Het lijkt erop dat de stijging van het aantal zelfdodingen onder psychiatrische patiënten in sterk uitvergrote vorm de toename ervan in de samenleving weerspiegelde. In hoeverre veranderingen in de psychiatrie hierbij een rol hebben gespeeld, is niet helemaal duidelijk. Het zou kunnen zijn dat de vele organisatorische veranderingen, de spanningen en conflicten onder het personeel en de voortdurende onrust en onzekerheid die deze met zich meebrachten vanaf de jaren zeventig hebben bijgedragen tot een hogere frequentie van zelfmoord in de intramurale psychiatrie. Psychiatrische patiënten die een eind aan hun leven maakten, deden dat vaak na een overplaatsing binnen het psychiatrisch ziekenhuis of nadat ze waren ontslagen. Een als ingrijpend ervaren verandering in hun levensomstandigheden bleek het suïciderisico te verhogen. Psychiatrische patiënten die waren opgenomen kregen in de jaren zeventig en tachtig in toenemende mate te maken met min of meer ingrijpende reorganisaties en vernieuwingen, waardoor het psychiatrisch ziekenhuis wellicht minder veiligheid en zekerheid bood dan voorheen.[2994] Opvallend is ook het hoge aantal zelfmoorden onder patiënten van therapeutische gemeenschappen. Het is niet onwaarschijnlijk dat de soms harde, confronterende benadering de kans erop vergrootte.[2995] Een andere verklaring suggereert dat het hoge zelfmoordcijfer in zekere zin een ‘geslaagd’ opnamebeleid weerspiegelde: meer en meer mensen met suïcideneigingen zouden in een psychiatrisch ziekenhuis terechtkomen.[2996] Hoe het ook zij, evenals de grote omvang van chronische geestesziekte en het stijgende aantal nieuwe patiënten dat moeilijk (be)handelbaar bleek, waren ook de oplopende zelfmoordcijfers een teken van de weerbarstigheid van de psychiatrische problematiek, die schril contrasteerde met het therapeutische optimisme van de sociaal-psychologische benadering. Voor de behandelaars in therapeutische gemeenschappen waren zelfmoorden nogal eens aanleiding tot bezinning en aanpassingen in het behandelregime.

Gecombineerd met het aanzienlijke aantal chronische patiënten en de oplopende opnamedruk van met name moeilijk (be)handelbare geestelijk gestoorden droeg het socio- en psychotherapeutische behandelethos bij tot het ontstaan van capaciteits- en afstemmingsproblemen in psychiatrische ziekenhuizen. Afdelingen die op basis van de nieuwe therapeutische principes opereerden, vertoonden de neiging om alleen jongere, behandelbare en gemotiveerde patiënten op te nemen en deze vanwege de tijdrovende therapieën lang vast te houden. Het selectieve opnamebeleid en de vaak lange behandelduur brachten met zich mee dat ernstig gestoorde en moeilijk behandelbare patiënten werden geweerd en afgeschoven. De psychiater M.J.A.J.M. Hoes, die begin

---

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 125; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 154; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 77; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 84.

[2994] Binneveld en Wolf 1985, 217; Van Borssum Waalkes 1991a, 58, 67; Brunenberg, Kruyt en Schnabel 1991, 78-79, 106-109.

[2995] Louter 2005, 141-142.

[2996] Kerkhof 1985.

jaren zeventig als assistent aan de psychiatrische universiteitskliniek in Nijmegen verbonden was, maakte mee dat verpleegkundigen zelfs opnamen blokkeerden.

> […] als er dus iemand was die echt een opname nodig had, dan kwam die er dus niet in. Er kwamen alleen maar patiënten binnen waar ze wel wat mee aan konden […] Maar een echte psychose die zag je nauwelijks. Een echte zware depressie werd niet opgenomen want daar konden ze niet mee uit de voeten. En dat werd aan de poort door de verpleging geblokkeerd.[2997]

Bedden bleven op deze manier onbezet. Ook St. Franciscushof kampte begin jaren zeventig met leegstand en exploitatieproblemen omdat de eerste directeur had besloten dat dit nieuwe psychiatrische ziekenhuis bestemd was voor kortdurende behandeling en daarom geen geesteszieken hoefde op te nemen die het risico liepen 'chronisch' te worden. Zijn selectieve opnamebeleid leidde tot spanningen met andere instellingen die vonden dat moeilijke patiënten op deze manier werden afgeschoven. In het midden van de jaren zeventig drong het tot de directie door dat de onderkenning van chroniciteit onvermijdelijk was en veranderde zij van koers. Er kwamen verblijfsafdelingen voor chronische patiënten, die al spoedig uitdijden.[2998]

In de loop van de jaren zeventig begon de doorstroming van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen te stokken en raakten opnameafdelingen verstopt. Een en ander leidde tot getouwtrek rond gewenste en ongewenste patiënten, waardoor spanningen ontstonden tussen personeelsleden van verschillende afdelingen in de psychiatrische ziekenhuizen. Het personeel van de gesloten en verblijfsafdelingen keek met argusogen naar de open behandelafdelingen, waar therapeuten veel tijd besteedden aan rustige en aanspreekbare patiënten, terwijl het zelf werd opgescheept met een groeiend aantal chronische en ernstig gedragsgestoorde geesteszieken. Vanaf 1981 maakte de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid regelmatig melding van een tekortschietende opnamecapaciteit van psychiatrische ziekenhuizen en moest zij steeds vaker bemiddelen om patiënten opgenomen te krijgen. Het ontbrak met name aan plaatsruimte voor sterk gedragsgestoorde en agressieve geesteszieken, van wie een toenemend aantal in penitentiaire instellingen terechtkwam.[2999] Mede in verband met de regionale opnameplicht waaraan psychiatrische ziekenhuizen moesten voldoen, stuitte de plaatsingsproblematiek op onbegrip en ongenoegen van ziekenhuisdirecties, verwijzers, extramurale hulpverleners en familieleden van patiënten. Voor sommige geneesheren-directeur van psychiatrische ziekenhuizen, die de therapeutische vernieuwingen eerder hadden gesteund of gedoogd, waren dergelijke moeilijkheden aanleiding om een halt toe te roepen aan socio- en psychotherapeutische behandelafdelingen, in te grijpen in therapeutische gemeenschappen en het medisch gezag te herstellen. In St. Willibrord liepen dergelijke problemen zo uit de hand dat de

---

[2997] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 147.
[2998] Huiskes en Van der Kroef 2002, 60.
[2999] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 14, 21; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 5-6, 83-84; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 103; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 17-18; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 67.

regering de erkenning in 1991 tijdelijk introk en het ziekenhuis dwong orde op zaken te stellen.[3000]

Ook om andere redenen riepen de vernieuwingen van de jaren zeventig steeds meer verdeeldheid en conflicten in psychiatrische ziekenhuizen op. Die deden zich voor tussen oudere en jongere generaties, tussen vertegenwoordigers van verschillende disciplines, en tussen afdelingen en behandelteams. Veel bevlogen vernieuwers meenden het gelijk aan hun kant te hebben en ze zorgden met hun gedrevenheid, radicalisme en soms ook arrogantie, betweterij en sektarisme voor weerstanden onder collega's die zo hun twijfels hadden over de effectiviteit van de socio- en psychotherapeutische behandelfilosofie. Terugblikkend op zijn loopbaan als psychiater en zijn betrokkenheid bij de therapeutische gemeenschap in Vogelenzang gaf Van Ree bijvoorbeeld toe dat hij zich als 'dictator' had gedragen. 'De democratisering bracht ik op gang met de kreet: "Wie hier geen democratie wil, die dondert maar op!"[3001] Ook bekende hij dat hij collega's die het niet met hem eens waren voor SSers had uitgemaakt en hun behandelingen als 'concentratiekampmethoden' had bestempeld.[3002]

Psychiaters die zich niet voegden naar het sociale model en aandacht vroegen voor de medisch-biologische aspecten van geestesziekte, golden al gauw als conservatief en werden door de vernieuwers en hun sympathisanten buiten het ziekenhuis verketterd. Sommige psychiaters en verpleegkundigen zetten vraagtekens bij het geloof in de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van psychisch gestoorden. Dit ging nogal eens ten koste van de zorg voor met name kwetsbare patiënten. Permissiviteit kon in de praktijk tot verwaarlozing en verloedering leiden. Orde en regelmaat, waaraan veel geesteszieken juist behoefte zouden hebben, waren zoek geraakt en de hygiëne schoot er maar al te vaak bij in - een doorn in het oog van sommige verpleegkundigen. Veel oudere verpleegkundigen hadden weinig op met de democratische praatcultuur en konden zich niet vinden in hun rol als verlengstuk van de psychotherapeut.[3003]

Patiënten waren evenmin onverdeeld enthousiast over het socio- en psychotherapeutische klimaat en de intensieve en confronterende groepstherapieën, die nogal wat incasseringsvermogen vereisten. Sommigen hadden genoeg aan hun eigen problemen en konden het moeilijk opbrengen om zich ook nog open te stellen voor die van anderen.[3004] Bovendien kon het sociale model ondanks de democratische pretenties samengaan met groepsdwang en manipulatie en was het niet gespeend van een zeker moralisme. Het was de bedoeling dat patiënten hun authentieke zelf ontplooiden, maar tegelijkertijd legden behandelaars hen bepaalde, niet duidelijk uitgesproken, normen op ten aanzien van wat ze moesten bereiken.[3005] De eerder aangehaalde Constance H. ervoer de psychotherapeutische gemeenschap Rijnland in Santpoort als 'een heropvoedingskamp' en ze vond de sociotherapeuten 'eng, heel streng en zo onaangedaan'.[3006] Een andere patiënt, die in 1975 in De Viersprong werd opgenomen, sprak zelfs van hel en terreur.

[3000] Bakker en De Boer 2002b, 301-308.
[3001] Van Ree 2007, 74.
[3002] Van Ree 2007, 49.
[3003] Blok 1998c, 224.
[3004] Blok 1998c, 253.
[3005] Van der Klis 1993, 103; Blok 2004, 203-204.
[3006] Louter 2005, 124.

> Als je leiding zoekt en je wilt gezag erkennen dan voel je je thuis in een sekte en ook in De Viersprong. Voor mij was het de hel. Je werd gelijk gemaakt met de grond, je was minder dan een worm en ze hadden een mager, discutabel therapeutisch theorietje. Transactionele analyse van vader en ouder en kind, zoiets […] maar het was écht terreur. Ik probeerde het, zoals je alles probeert om uit de ellende te komen, maar ik geloofde er niet in. Daarbij komt dat ik geen groepsmens ben en niet kan slapen in groepen. Na zes dagen ben ik midden in de nacht in mijn pyjama weggelopen naar een grote inrichting in de buurt. Daar doen ze niet zo moeilijk, dacht ik, daar spuiten ze je gewoon plat […] En heeft dat mijn leven verrijkt? Nee, dat heeft het niet, maar wel kon ik daar acht maanden uitrazen. De waanzin is daar opgebrand.[3007]

Verder ging de democratisering soms ten koste van de zorg, omdat het behandelende en verplegende personeel veel tijd besteedde aan vergaderingen, onder andere om onderlinge conflicten uit te praten. De bewoners in het Utrechtse Willem Arntsz Huis klaagden er bijvoorbeeld over dat ze te weinig contact met behandelaars hadden en dat die meer met zichzelf bezig waren dan met de patiënten. In deze instelling waren de psychiaters en hoofdverpleegkundigen in het defensief gedrongen en woedde al enkele jaren een strijd tussen de behandelaars over het sociale model. Er werd eindeloos vergaderd en overlegd zodat er veel tijd verloren ging en de verwarring en onzekerheid onder patiënten en personeel alleen maar groter werd. De klagers kregen bijval van de Regionale Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1978 signaleerde dat de kwaliteit van de behandeling als gevolg van de democratisering was verslechterd. De werkgroep Kwaliteit en Doelmatigheid Psychiatrische Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad kwam vier jaar later tot soortgelijke conclusies. Volgens de werkgroep had het democratische consensusmodel geleid tot een ondoorzichtige organisatiestructuur, waarin het ontbrak aan een duidelijke verdeling en afbakening van verantwoordelijkheden.[3008] Ook in andere instellingen deed de spanning tussen democratische verworvenheden en professionele verantwoordelijkheid zich steeds sterker gelden.[3009] Zo vertelde een voormalige patiënt, die in 1972 op de PAAZ van het Utrechtse ziekenhuis Overvecht werd opgenomen, dat er tot zijn verbazing vrijwel niets van behandeling kwam.

> Een diagnose is mij nooit verteld en van medicijnen was absoluut geen sprake. In mijn herinnering werd er in de conversatiezaal 24 uur per dag vergaderd over het beleid. En wel door iedereen: verpleegkundigen, artsen, patiënten, wie ook maar zijn zegje wilde doen. Het ging over de maatschappij, over ziekmakende gezinnen en over het beste model voor de psychiatrie. Ik werd daar nogal gek van, want daar kwam ik niet voor. Ik wilde dat er enige structuur werd aangeboden. Maar die was er niet. Daar werd namelijk ook over vergaderd. […] Over de mogelijkheid dat ik een biologische ziekte had, mocht niet gepraat worden. Dat was volstrekt taboe. Het lag immers aan de opvoeding. Mijn ouders zijn één keer

[3007] Louter 2005, 133-134.
[3008] Dankers en Van der Linden 1996, 130-136, 139-141.
[3009] Kamminga 1995, 125.

> langs gekomen, waarbij ze vreselijk op hun donder kregen. Ik zou door hen te veel beschermd worden. De oplossing was dat mijn ouders me een schop onder mijn kont gaven, om me te dwingen volwassen te worden. Ze zijn toen gillend weggelopen. […] Tegelijk was er heel veel personeel, ik denk wel één staflid per patiënt. Maar ze waren alleen maar met zichzelf bezig, niet met de patiënten. Het was één grote chaos, die eigenlijk direct op last van hogerhand gesloten had moeten worden.[3010]

Anderen werden geconfronteerd met behandelaars die wel behandelden, maar er volstrekt tegengestelde opvattingen op na hielden over wat goed was voor een patiënt. Ad Barendregt, die in 1976 in het Deltaziekenhuis werd opgenomen en over wie wij al eerder verhaalden, wilde graag in psychotherapie, hoewel ze met haar 44 jaar daar eigenlijk al te oud voor werd geacht.[3011] De psycholoog-psychotherapeut die in het Deltaziekenhuis aan groepstherapie deed, accepteerde haar toch, maar eiste dat ze geen medicijnen meer slikte. Met pillen kon je niet aan jezelf werken. Van haar psychiater, die tot hetzelfde behandelteam behoorde, kreeg ze te horen dat de medicijnen absoluut noodzakelijk waren voor haar behandeling. 'Het was toen òf pillen, òf praten, allebei kon niet en de keuze was aan mij.'[3012] Van enig overleg tussen de behandelaars was blijkbaar geen sprake, laat staan dat zij tot een compromis kwamen. Ook in Vijverdal bestond verdeeldheid over het voorschrijven van medicijnen. De sociaal-psychiater J.Th.M. Dewez had naar verluidt twee bakjes op zijn bureau staan, een met dropjes en een met (placebo)pillen, waaruit hij zijn patiënten liet kiezen.[3013]

Vanaf het eind van de jaren zeventig trad een verscherping op van de tegenstellingen tussen enerzijds de radicaliserende tegenbeweging, die mede onder invloed van de Italiaanse democratische psychiatrie het bestaan van het psychiatrisch ziekenhuis ter discussie ging stellen, en anderzijds de tegenstanders ervan, onder wie deels biologisch georiënteerde psychiaters die een tegenoffensief begonnen in te zetten. In psychiatrische ziekenhuizen kregen de vernieuwers te maken met toenemende weerstand en moesten zij steeds vaker een stap terug doen. Ondertussen werden de schaduwzijden van de therapeutische vernieuwingen onder de publieke aandacht gebracht, zoals de verwaarlozing van patiënten en de vijandige bejegening van hun ouders door behandelaars. De plaatsvervangende Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, W. Hardeman, keerde zich in 1978 openlijk tegen de vernieuwingen. In een toespraak bij de opening van een nieuwe afdeling van Veldwijk wees hij erop dat die elders tot verwaarlozing van patiënten hadden geleid. Naar aanleiding van Hardemans uitlatingen werden er kamervragen gesteld.[3014] Een vernieuwingsgezinde psychiater als Van Ree, in de jaren 1979-1980 en 1983-1984 waarnemend geneesheer-directeur van Vogelenzang, beaamde dat er soms wantoestanden heersten in psychiatrische ziekenhuizen omdat patiënten aan hun lot werden overgelaten.

[3010] Louter 2005, 137.
[3011] Zie 3.4.7. Patiënten in de psychiatrische inrichting.
[3012] Louter 2005, 68.
[3013] Klijn 2007a, 79.
[3014] Blok 2004, 178-179.

> Al in de jaren zeventig zag ik soms ongewenste effecten van de nadrukkelijk doorgevoerde aanname dat psychiatrische patiënten volledig zelfredzaam moesten en konden zijn, met als gevolg dat therapeuten zich soms te ver terugtrokken en daarmee onbedoeld de hulpvragers verwaarloosden. […] Waar voor 1960 veel patiënten als onmondig werden bejegend en behandeld, ontstond er in de jaren tussen 1970 en 1980 op sommige plaatsen discriminerend gedrag tegenover de meeste hulpbehoevenden.[3015]

Al eerder had de Rotterdamse psychiater P.J. Stolk met een boek voor een breed publiek, *Een soort vuur* (1975), de aanval op het sociale model gelanceerd. Aan de hand van aangrijpende gevalsbeschrijvingen betoogde hij dat geestesziekte een individuele, vaak genetisch bepaalde aandoening was. Psychofarmaca achtte hij van onschatbare waarde in de behandeling ervan. Stolk vroeg ook aandacht voor het leed van ouders van schizofrene kinderen, die volgens hem ten onrechte de schuld voor de stoornis in de schoenen kregen geschoven. Stolk werd in 1976 geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis in Delft, waar de verhoudingen gespannen waren en hij in 1980 zijn functie neerlegde. Stolks boek, hoewel kritisch in de media ontvangen, vormde evenwel het startschot voor de strijd van sommige psychiaters tegen de kritische psychiatrie.[3016] Begin jaren tachtig keerde bijvoorbeeld ook de Leidse psychiater C.R. van Meer, vanaf 1985 verbonden aan Endegeest en auteur van een studie over schizofrenie (1987), zich tegen het socio- en psychotherapeutisch behandeloptimisme. Hij benadrukte de neurobiologisch en erfelijk bepaalde kwetsbaarheid waarmee ernstige geestesziekten als schizofrenie gepaard gingen. Volgens hem had het streven naar genezing weinig zin en was het beter om de hulpverlening te richten op de beheersing van schizofrenie, zodat deze stoornis hanteerbaar werd en zowel de lijders als hun naasten ermee konden leven. Van Meer maakte zich in het bijzonder sterk voor de zogenaamde psycho-educatie, de voorlichting aan en begeleiding van gezinnen met een schizofrene patiënt, waardoor de verwanten leerden hoe ze het beste met hem of haar en diens stoornis konden omgaan. Het gezin gold niet meer als ziekmakend, maar kreeg juist ondersteuning ten einde de resocialisatie van de patiënt te bevorderen. [3017]

De psychiater D.H. Linszen, die begin jaren tachtig het initiatief nam tot de oprichting van de psychiatrische Adolescentenkliniek van de Universiteit van Amsterdam en die zich ontwikkelde tot een internationaal bekende onderzoeker op het gebied van schizofrenie, sloot zich bij deze benadering aan. Het behandelmodel van Linszen en diens medewerkers was gebaseerd op onderzoek naar de verhouding tussen de psychische kwetsbaarheid die inherent zou zijn aan de ziekte en de omgevingsfactoren waarvoor patiënten een bijzondere gevoeligheid vertoonden en die psychotisch gedrag uitlokten. Zonder de sociaalpsychologische behandeling overboord te gooien schonken ze veel aandacht aan medicatie alsook psycho-educatie en communicatietraining ten einde het beloop en vooral de schadelijke en belastende psychotische symptomen van schizofrenie zoveel mogelijk in de hand te houden. Hierdoor zou langdurige opname niet meer nodig zijn.[3018] Psychiaters als Stolk, Van Meer en Linszen namen afstand van het socio- en

---

[3015] Van Ree 2007, 152.
[3016] Blok 2004, 176-178.
[3017] Van der Meer 1987a; Methorst 1987; Blok 1998d, 263-265; Blok 2004, 207, 217.
[3018] Schrameijer 2005b, 25-92.

psychotherapeutisch optimisme dat in de jaren zeventig de toon aangaf. Hun benadering van schizofrenie zou in de jaren tachtig en negentig ook toepassing vinden bij andere chronische stoornissen. Voor de meeste chronische patiënten waren keuzevrijheid en autonomie onbereikbare idealen. Het was beter om met hun blijvende geestelijke invaliditeit rekening te houden en deze door middel van medicatie en een aangepaste bejegening voor de omgeving hanteerbaar te maken. Daarbij was een belangrijke rol weggelegd voor familieleden.

De psychiatrische tegenaanval op het socio- en psychotherapeutische idealisme van de jaren zeventig kon op grote instemming van ouders en familieleden van psychiatrische patiënten rekenen.[3019] Vanaf omstreeks 1980 tekenden enkelen van hen openlijk protest aan tegen behandelaars die hen in de beklaagdenbank plaatsten en verder geen enkele belangstelling, laat staan begrip, toonden voor hun perspectief en ervaring met de patiënt. In 1979 beschreef W. Brill, moeder van een meisje met schizofrenie in een bijdrage aan het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* hoe haar dochter zelfmoord had gepleegd nadat ze in de psychotherapeutische gemeenschap Amstelland van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort tevergeefs was behandeld met psychotherapie. Brill, die samen met andere gezinsleden had deelgenomen aan gezinsgesprekken, verweet de behandelaars dat ze maar door waren gegaan met eindeloze praattherapieën terwijl die alleen maar een averechtse uitwerking op haar dochter hadden. Bovendien namen ze geen enkele verantwoordelijkheid voor het falen van de therapie en toonden ze geen medeleven. Wel suggereerden ze dat Brill zelf een bijdrage had geleverd aan de ziekte van haar dochter. De redactie van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* reageerde bij monde van de psychiaters Van de Lande, oprichter van Amstelland, en L. van Eck, werkzaam op de psychotherapeutische gemeenschap Rijnland in Santpoort. Zij betoogden dat Brills aanklacht in het licht van de revolutionaire vernieuwing van de psychiatrie moest worden gezien. Ouders als Brill konden niet accepteren dat hun kind in het belang van de behandeling afstand van hen diende te nemen. Zij zouden beter naar hun eigen rol in het geheel moeten kijken. Psychiatrische problematiek ontstond immers vaak omdat ouders hun kind niet konden loslaten en op die manier diens ontwikkeling hinderden. Verder gaf Brill blijk van 'een onvermogen om te rouwen'. Deze reactie leidde tot een golf van ingezonden brieven, waarin niet alleen andere ouders van psychiatrische patiënten, maar ook hulpverleners blijk gaven van grote verontwaardiging over de wijze waarop Van de Lande en Van Eck Brill van repliek hadden gediend. Voor velen kon dit absoluut niet door de beugel.[3020]

Enkele jaren na deze affaire publiceerde de schrijfster S. Anstadt een boek over de lotgevallen van haar schizofrene zoon: *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (1983). Ook hij was in Amstelland opgenomen geweest en evenmin als de dochter van Brill had hij baat bij de behandeling gehad. Integendeel, zijn toestand verslechterde zienderogen. Hij trok zich steeds meer in zichzelf terug en verwaarloosde zichzelf. Toen Anstadt haar zoon in Amstelland bezocht, bleek hij in een vervuilde kamer te verblijven. Volgens het personeel was dat zijn eigen verantwoordelijkheid. Medicijnen werden niet verstrekt. Anstadt was bijzonder verontwaardigd over de bejegening die haar en andere ouders op bijeenkomsten in Santpoort ten deel viel. Zij kregen de schuld van de psychische problemen van hun kinderen in de schoenen geschoven.

[3019] Blok 2004, 167-199.
[3020] Blok 2004, 185-186; Schrameijer 2005a, 85-86.

> Ik merkte hoe onmenselijk hulpverleners konden worden door hun geloof in de leer van Laing. […] Laing sprak over een familieziekte. Maar natuurlijk wordt de familie ziek als de patiënt dag en nacht schreeuwend, of huilend of lachend of zingend of vloekend, door het huis loopt, zonder dat iemand 's nachts kan slapen en dat soms weken achtereen.[3021]

Na een verblijf van tweeënhalf jaar op Amstelland was Anstadts zoon een chronische patiënt geworden en verhuisde hij naar een ander psychiatrisch ziekenhuis, waar hij de nodige zorg en medicijnen kreeg. Ook Anstadts verhaal kon op veel publieke belangstelling en instemming rekenen; haar boek beleefde binnen twee jaar acht herdrukken.[3022]

De ontevredenheid van familieleden van geesteszieken over de psychiatrische hulpverlening leidde in 1984 tot oprichting van de vereniging Ypsilon voor verwanten van lijders aan schizofrenie. Deze vereniging kwam voort uit een praatgroep van moeders waartoe R. van der Heijden het initiatief had genomen. Van der Heijden had een zoon die aan schizofrenie leed. Behandelaars van de psychiatrische afdeling van het academisch ziekenhuis in Rotterdam hadden haar voorgespiegeld dat zij als dominante moeder verantwoordelijk was voor zijn stoornis. Ypsilon stelde zich kritisch op tegen het psycho- en sociotherapeutische klimaat in inrichtingen. Andere steungroepen voor familieleden van geesteszieken volgden. Voorlichting aan en begeleiding van gezinnen met geesteszieken kwamen centraal te staan. Behandelaars en familieleden stonden niet meer tegenover elkaar.[3023]

In het kielzog van Ypsilon ontstonden in de loop van de jaren tachtig tal van nieuwe verenigingen, zowel van patiënten als van hun familieleden. Deze waren in toenemende mate georganiseerd rond specifieke ziektebeelden zoals schizofrenie, depressie, fobieën, de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, anorexia en boulimia nervosa, het syndroom van Gilles de la Tourette, oorlogstrauma's en diverse verslavingen, of rond een bepaalde problematiek, zoals seksueel misbruik, incest, kindermishandeling en zelfdoding. In tegenstelling tot de kritische patiëntenbeweging van de jaren zeventig ageerden deze categorale en mantelorganisaties, waarin steunverlening, lotgenotencontact en informatieverschaffing centraal stonden, niet tegen de medische psychiatrie en het ziektemodel. Zij zochten eerder samenwerking met de psychiatrie om de hulpverlening te verbeteren en de belangen van patiënten en familieleden te behartigen. Het ging om de verbreiding van inzicht en begrip ter verbetering van de omgang met en behandeling van psychiatrische patiënten en daartoe zou wetenschappelijke, ook medisch-biologische, kennis kunnen bijdragen. Deze verenigingen verwierven een veel grotere aanhang dan de kritische organisaties: terwijl het totale ledental van de Cliëntenbond, de Stichting Pandora en de diverse patiëntenplatforms op gemeentelijk en provinciaal niveau nog geen 5.000 bedroeg, groeide dat van de categorale en mantelorganisaties tot rond 50.000.[3024]

[3021] Anstadt 1987, 14, 16.
[3022] Blok 2004, 186-187.
[3023] Blok 1998d, 263-265.
[3024] Dercksen en Van 't Hof 1996, 12-20, 48-64, 88, 96-119.

De toenemende aandacht voor chronische en ernstig gestoorde geesteszieken ging vergezeld van een terugschroeving en bijstelling van de therapeutische ambities in de psychiatrie. Het socio- en psychotherapeutische behandelethos maakte plaats voor een meer pragmatische, deels medische en deels sociaal-rehabiliterende benadering. Daarbij was het uitgangspunt dat bepaalde geestesziekten met een blijvende psychische en sociale invaliditeit gepaard gingen. Genezing in de zin van een volledig herstel van de autonomie en zelfredzaamheid, laat staan zelfbevrijding, was niet meer aan de orde. De psychiatrische interventies richtten zich niet zozeer op de behandeling van psychische stoornissen op zichzelf als wel op het aanpakken van de sociale beperkingen die deze met zich meebrachten. In het invaliditeits- of revalidatiemodel, waarvoor de Engelse psychiater D. Bennett en G. Shepherd de grondslag legden, ging het om stimulering en resocialisatie van patiënten door middel van praktische ondersteuning in hun dagelijkse leven en het aanleren van sociale vaardigheden. Door de begeleiding af te stemmen op hun individuele mogelijkheden en vermogens moesten patiënten een grotere zelfstandigheid verwerven en zou de kwaliteit van hun leven verbeteren. Verder dienden kleinschalige en semi-zelfstandige woonvormen, aangepaste werkverschaffing en faciliteiten voor vrijetijdsbesteding om hun maatschappelijke integratie zoveel mogelijk te bevorderen.[3025] In zekere zin was dit een terugkeer naar de principes van de actievere therapie, die ook niet primair genezing, maar veeleer socialisering van vooral chronische patiënten ten doel had. Het nieuwe was de opzet om hen zoveel mogelijk in de maatschappij te laten terugkeren.

Mede op basis van het revalidatiemodel kwamen op initiatief of met medewerking van psychiatrische ziekenhuizen medio jaren tachtig nieuwe hulpverleningsprojecten op gang die ten doel hadden om langdurige opnamen te voorkomen. Met name het zogenaamde substitutieproject Drenthe, opgezet door Licht en Kracht in samenwerking met de RIAGG-Drenthe en de afdeling sociale psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, en het Maastrichtse Model van Vijverdal in samenwerking met de Rijksuniversiteit Limburg vervulden een voorhoederol. Daarin waren wonen, behandeling en dagbesteding van elkaar gescheiden en konden de patiënten al naar gelang hun behoefte, toestand en omstandigheden gebruik maken van deeltijdbehandeling, crisisopvang, een telefonische nooddienst, ambulante (thuis)zorg en gezinsverpleging. De nadruk lag daarbij op ondersteuning en begeleiding zodat de patiënten zich ondanks hun geestesziekte in hun eigen leefomgeving konden handhaven.[3026]

Het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort ging nog een stap verder door in de jaren 1986-1988 zo'n 180 chronische patiënten over te brengen naar drie kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen in Amsterdam. Vooral het project De Kempering in de Bijlmer, waar bijna veertig van hen min of meer zelfstandig in flats gingen wonen, trok veel aandacht. Over het resultaat van deze vernieuwing liepen de meningen uiteen. Veertien patiënten moesten binnen een half jaar terugkeren naar Santpoort omdat hun psychotische symptomen verergerden, zij zichzelf verwaarloosden en zij hun omgeving overlast bezorgden. Voor sceptici was dat een bevestiging van hun twijfels over het vermogen tot zelfredzaamheid van psychiatrische patiënten. Zij vroegen zich ook af of een wijk als de

[3025] Offerhaus 1983; Rijkschroeff, Van Zuthem en Van Zuylen 1988, 53-62; Henkelman en De Ruiter 1991, 105; Pieters en Peuskens 1995.
[3026] Vrijlandt, Haveman en Poelijoe 1986; Kamminga 1995, 154-155; Petry 1989.

Bijlmer met zijn grootschalige flatgebouwen, etnische diversiteit en drugsproblematiek wel de meest geschikte woonomgeving voor hen vormde. Het project ontlokte de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een nogal cynisch commentaar. 'Binnen de kortste keren werden bewoners en medewerkers bedreigd, bestolen, gemolesteerd en aangerand. De RIBW heeft inmiddels een particuliere bewakingsdienst in de arm genomen. Het is nu een zeer beschermde woonvorm geworden …'[3027] Voor aanhangers van het Amsterdamse Model vormde de praktijk van De Kempering daarentegen het bewijs dat veel chronische geesteszieken met de nodige ondersteuning van persoonlijke begeleiders, crisisopvang en georganiseerde dagactiviteiten tot op zekere hoogte in de maatschappij waren te integreren. [3028]

Mede als gevolg van de toegenomen aandacht voor ernstige en chronische psychische stoornissen verschoof het accent in de psychiatrische ziekenhuizen van confronterende en inzichtgevende psycho- en sociotherapieën naar meer directieve behandelmethoden zoals gedragstherapie en cognitieve trainingen ter oefening en versterking van mentale functies als aandacht, waarneming en informatieverwerking. Psychotherapie bleef onderdeel van de behandelpraktijk, maar in plaats van het streven naar zelfinzicht en zelfontplooiing stonden nu begeleiding en ondersteuning voorop en kregen patiënten tegelijkertijd vaak psychofarmaca voorgeschreven. Hierdoor kwam er weer meer ruimte voor de medische expertise van psychiaters.[3029] De multidisciplinaire behandelfilosofie, in de jaren zeventig nauw verbonden met democratische behandelprincipes en de gelijkstelling van sociaal-wetenschappelijk opgeleide medewerkers met psychiaters, kreeg een lossere en meer pragmatische invulling. Aan de polarisatie tussen het medische en sociaalpsychologische behandelmodel kwam geleidelijk aan een einde. Verder groeide de aandacht voor de doelmatigheid en de wetenschappelijke onderbouwing van behandelmethoden. Door middel van effectonderzoek zouden behandelresultaten meetbaar moeten worden.

Terwijl de behandeling en het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis in de jaren zeventig, net als vroeger, in hoge mate een collectief karakter hadden, werd er in de jaren tachtig meer rekening gehouden met de individualiteit van patiënten en de bescherming van hun persoonlijke levenssfeer. De ervaringen met de therapeutische gemeenschap hadden geleerd dat een alomvattend groepsleven ook ongewenste druk, manipulatie en afhankelijkheid met zich mee kon brengen en voor sommige patiënten te confronterend en te belastend was. Onder invloed van het uit Amerika overgenomen Boston-model werden woonvoorzieningen steeds meer gescheiden van de faciliteiten voor behandeling en dagbesteding, die deels nog wel groepsgewijs waren ingericht.[3030] Dat nam niet weg dat ook de behandeling meer en meer werd toegespitst op individuele kenmerken en behoeften. Het interactieve stress-kwetsbaarheidsmodel, dat vooral in de zorg voor chronische patiënten een belangrijke rol ging spelen, veronderstelde een per individu

[3027] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 60.
[3028] Bleeker et al. 1987; Rijkschroeff, Van Zuthem en Van Zuylen 1988; Koppers 1991; Kaasenbrood en Thieme 1991; Henkelman en De Ruiter 1991, 53-55; Meillo 1991a; Meurs en Meillo 1994; Blok 1997d, 238-267; Polling 2001, 11.
[3029] Blok 1998c, 258-261, 280; Blok 2004, 213.
[3030] Mens 2003, 166-167, 249.

verschillende wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale factoren, die een flexibel en gevarieerd hulpverleningsaanbod vereiste.[3031]

Niet alleen het behandelregime en het leefklimaat van psychiatrische ziekenhuizen veranderden in de jaren tachtig, ook op bestuurlijk en organisatorisch vlak was er sprake van een reactie op de ontwikkelingen van de jaren zeventig. De democratisering mondde in veel instellingen uit in een tijdrovende en verlammende overleg- en praatcultuur. Medezeggenschap en inspraak van alle personeelsgeledingen brachten eindeloze vergaderingen met zich mee, waarin de vele conflicten zelden werden opgelost, maar deze langdurig bleven doorzeuren en zo de onderlinge verhoudingen bedierven. Vanwege het hoge politieke en ideologische gehalte van de tegenstellingen waren compromissen moeilijk te bewerkstelligen en kregen meningsverschillen een sterk persoonlijk karakter. Door het verdwijnen van formele hiërarchische structuren was de afbakening van verantwoordelijkheden ondoorzichtig geworden, waardoor behandelaars verwikkeld raakten in grensschermutselingen en zij problemen op collega's afschoven. Een en ander leidde niet zelden tot bestuurlijke chaos en onwerkbare toestanden. Rond 1980 won de overtuiging veld dat de democratisering haar doel voorbij was geschoten en ontstond onder het personeel van psychiatrische ziekenhuizen een zekere overleg- en participatiemoeheid. Een grotere waardering voor professionele deskundigheid en een heldere organisatiestructuur verdrong het democratische engagement, waarin ideologische bevlogenheid en persoonlijke overtuiging voorop stonden. Na de woelingen van de jaren zeventig ontstond weer behoefte aan enige orde en regelmaat.

Ondertussen was de organisatie van psychiatrische ziekenhuizen sinds de jaren zestig veel ingewikkelder geworden. De bestuurlijke structuur van de traditionele inrichting was vrij overzichtelijk: een geneesheer-directeur die geassisteerd door een economisch directeur de instelling als geheel bestierde, en afdelingspsychiaters en hoofdverpleegkundigen die verantwoordelijk waren voor het reilen en zeilen van de afzonderlijke paviljoens. De lijnen tussen leiding en uitvoering waren kort. Hierin kwam verandering als gevolg van de toenemende interne differentiatie en deconcentratie van het psychiatrisch ziekenhuis alsook de sterke uitbreiding en grotere pluriformiteit van het personeelsbestand. Geleidelijk aan raakten bestuur en beheer steeds meer in handen van managers die zich uitsluitend met de coördinatie en regulering van het behandelend en verplegend personeel gingen bezighouden. De verzelfstandiging van het management was niet alleen een gevolg van het complexer worden van de organisatiestructuur van psychiatrische ziekenhuizen en de noodzaak om de uiteenlopende en vaak gespecialiseerde werkzaamheden van het personeel op elkaar af te stemmen, maar werd ook in de hand gewerkt door de toenemende regelgeving, de groeiende nadruk op kostenbeheersing, waardoor doelmatigheid en standaardisering aan belang wonnen, en de drang om reorganisaties door te voeren.[3032] De bestuurlijke verzakelijking hing eveneens samen met het feit dat psychiatrische ziekenhuizen zich als gevolg van secularisering, professionalisering en regionalisering steeds meer losmaakten van de organisatorische en ideologische kaders waaruit zij waren voortgekomen. De katholieke ziekenhuizen namen afstand van de religieuze congregaties en leken-verpleegkundigen namen de plaats in van de broeders en zusters. De protestantse instellingen maakten zich los van de landelijke gereformeerde en hervormde verenigingen en de neutrale van particuliere, door

[3031] Wennink 1989, 173-180.
[3032] Van Andel 1983, 169-179; Van Ommen 1988, 228-232

regentenbesturen beheerde filantropische stichtingen of van provincie- of gemeentebesturen. In de loop van de jaren zeventig, tachtig en negentig verzelfstandigden de meeste psychiatrische ziekenhuizen zich en werden zij ondergebracht in onafhankelijke stichtingen zonder uitgesproken ideologisch oogmerk of binding aan overheidsbesturen.

Deze bestuurlijke verzelfstandiging betekende geenszins dat psychiatrische ziekenhuizen meer ruimte kregen om een eigen beleid te voeren. Integendeel, zoals we al eerder zagen, moesten ze zich in toenemende mate voegen naar het beleid van de rijksoverheid, vooral ook omdat de financiering sinds het eind van de jaren zestig volgens collectieve regelingen op nationale schaal was geregeld. Door de invoering van de Bijstandswet en de AWBZ waren de lasten verschoven van de gemeenten en provincies naar het rijk. Vanaf het eind van de jaren zestig profiteerden de psychiatrische ziekenhuizen van de groeiende AWBZ-geldstroom, maar vanaf het eind van de jaren zeventig ging er een andere wind waaien.[3033] Als gevolg van de economische depressie zag de regering zich gedwongen om een halt toe te roepen aan de expansie van de verzorgingsstaat. Ook de kosten van de (geestelijke) gezondheidszorg, die mede waren opgelopen door de opgeschroefde normen omtrent de personeelsbezetting en scholing, waren in het geding. Vanaf 1978 kregen de psychiatrische ziekenhuizen te maken met 'ombuigingen' en bezuinigingen. Begin jaren tachtig kwam er minder geld voor nieuwbouw beschikbaar en voerde de regering zelfs tijdelijk een bouwstop in. Vanaf 1983 voerde zij jaarlijkse kortingen van één tot twee procent op de ziekenhuisbudgetten door.[3034] De bezuinigingen waren merkbaar op de werkvloer. Gebrek aan met name verplegend personeel leidde tot een verhoging van de werkdruk, demotivatie en een stijgend ziekteverzuim. Door de onderbemenste verpleegdiensten schoot de zorg voor met name chronische patiënten te kort en moest het personeel in toenemende zijn toevlucht nemen tot separatie van lastige patiënten. Deze problemen werden deels in de hand gewerkt door de schaalverkleining die in de loop van de jaren zeventig in veel psychiatrische ziekenhuizen was doorgevoerd. Deze vereiste verhoudingsgewijs veel personeel. In 1986 namen 4.000 medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen deel aan een demonstratie in Den Haag tegen de bezuinigingspolitiek.[3035]

Na de conflicten over de behandelfilosofie en de democratisering in de jaren zeventig deden zich in de eerste helft van de jaren tachtig onder invloed van de bezuinigingen en reorganisaties opnieuw spanningen onder het personeel voor. Nu ging het niet om ideologische confrontaties, maar om de werkomstandigheden en het behoud van banen. Een gevolg van de democratisering was de invoering van de in 1983 wettelijk verplichte ondernemingsraden, maar het geëngageerde streven naar inspraak en medezeggenschap maakte grotendeels plaats voor belangenbehartiging. Vanaf de jaren zestig was de personeelsformatie gestaag uitgebreid, grotendeels met hooggeschoolde en

---

[3033] Bakker en Van der Velden 2004a, 61, 64.

[3034] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 1; Vijselaar 1997d, 230; Huiskes en Van der Kroef 2002, 60-64.

[3035] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 2; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 8, 98; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3-4, 92; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 3, 103; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 22; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 5; Vijselaar 1997d, 230-231.

gespecialiseerde therapeuten en gediplomeerde verpleegkundigen - dus relatief dure medewerkers. Met het krapper worden van de financiële middelen moesten directies snijden in de personeelsbezetting en vacaturestops afkondigen, terwijl de werkdruk alleen maar toenam. Functioneel en effectief werd het parool. Hierdoor ontstonden fricties tussen het management en het uitvoerende personeel. Voor sommige psychiatrische ziekenhuizen waren de bezuinigingen extra pijnlijk omdat zij als gevolg van het regionaliseringsbeleid drastisch moesten inkrimpen en reorganiseren.

4.4.7. *De forensische psychiatrie*

Van de ongeveer 40.000 verdachten die rond 1970 jaarlijks strafrechtelijk werden vervolgd, ondergingen rond 1.600 een psychiatrische observatie, kregen gemiddeld ruim 160 TBR opgelegd en werden enkele tientallen vanwege ontoerekeningsvatbaarheid als gevolg van geestelijke stoornissen ontslagen van rechtsvervolging en met een rechterlijke machtiging in een psychiatrische instelling opgenomen.[3036] Uit onderzoek bleek dat verschillende rechtbanken in wisselende mate psychiatrische expertise inriepen. Waar rechters frequenter psychiatrisch advies inwonnen, was het aantal TBR-stellingen groter.[3037] Naast de TBR hadden rechters de mogelijkheid bijzondere voorwaarden bij de veroordeling op te leggen, met name ondertoezichtstelling van de reclassering, al dan niet gecombineerd met de verplichting voor de verdachte om zich onder ambulante of intramurale psychiatrische behandeling te stellen. De ernst van het delict en de kans op herhaling vormden de belangrijkste criteria om al dan niet tot TBR-stelling over te gaan. Om na te gaan of verdachten ervoor in aanmerking kwamen, konden zij in de Psychiatrische Observatiekliniek in Utrecht aan psychiatrisch en psychologisch onderzoek worden onderworpen. Daarnaast waren nog dertien psychiatrische inrichtingen aangewezen voor forensisch-psychiatrisch onderzoek.[3038]

Het aantal TBR-stellingen liet tussen 1970 en 1980 een afname zien tot gemiddeld tachtig per jaar om in de jaren tachtig weer licht te stijgen naar krap honderd. In de jaren zeventig overtrof het aantal beëindigingen van TBR het aantal nieuwe opleggingen, waardoor het totale aantal TBR-gestelden daalde van bijna 1.000 in 1970 tot iets minder dan 400 in 1980. In het daaropvolgende decennium liep dit geleidelijk weer op tot meer dan 520 in 1990, onder meer als gevolg van een dalend aantal beëindigingen en een langere gemiddelde duur van de TBR-stelling: deze liep op van vier à vijf jaar begin jaren tachtig tot zeven à acht jaar in de jaren negentig. Het ging bijna uitsluitend om mannen; het aantal vrouwelijke TBR-gestelden bleef beperkt tot een tiental.[3039] Het aantal forensische opnamen per jaar wegens ontoerekeningsvatbaarheid op basis van artikel 37 (sedert 1986 artikel 39) van het Wetboek van Strafrecht steeg in de jaren zeventig en tachtig van nog geen dertig tot ongeveer honderd.[3040]

[3036] Kruisinga 1970, 55; Van Emmerik 1999, 10-13; Esser 1970-1971, II: 28-34; Haffmans 1984, 11; Koenraadt 1995, 127; De Graaf 1977; Brook 1985, 90.
[3037] Hamers 1986, 243.
[3038] Kruisinga 1970, 55.
[3039] Van Emmerik 1999, 10-11, 17; vergelijk Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 7; Haffmans 1984, 11, 21-22, 73; Hamers 1986, 48-51.
[3040] De Graaf 1977, Brook 1985, 90; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103.

Begin jaren zeventig vormden vermogensdelinquenten nog tweederde van het totale aantal TBR-gestelden. De sterke afname daarvan in het daarop volgende decennium was vooral een gevolg van het feit dat de TBR van velen in deze categorie werd beëindigd. In het veranderde rechtsdenken kwam een zware maatregel als TBR voor de meeste vermogensmisdrijven en ook voor zedendelicten zonder geweldpleging, zoals exhibitionisme, niet meer in aanmerking. Rechters legden TBR in toenemende mate op bij ernstige gewelds- en zedendelicten door plegers met min of meer zware psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen. In 1983 beantwoordde bijna negentig procent van de TBR-gestelden aan dit profiel.[3041] Tot TBR met dwangverpleging veroordeelden kwamen meestal terecht in een TBR-inrichting, doorgaans nadat zij in het forensische Selectie-Instituut in Utrecht, dat over 45 bedden beschikte, nader waren onderzocht om te bepalen welke beveiliging en behandeling voor hen geëigend was. Rond 1970 bestonden er naast de genoemde Utrechtse klinieken voor observatie en selectie tien TBR-inrichtingen. Vijf daarvan met in totaal bijna 430 bedden vielen onder het beheer van het rijk: Veldzicht, de Dr. S. van Mesdagkliniek, de Kogelenbergh, De Kruisberg en de TBR-afdeling van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven. De vijf particuliere instellingen - de Rekkense Inrichtingen, Hoeve Boschoord, Groot Batelaar, de Dr. H. van der Hoeven-kliniek en de prof. mr. W.P.J. Pompekliniek - boden plaats aan ongeveer 240 TBR-gestelden.[3042] Medio jaren tachtig waren de rijksinrichtingen De Kruisberg en de Kogelenbergh opgeheven en kregen Groot Batelaar en Hoeve Boschoord een andere bestemming.[3043] De totale capaciteit van de overgebleven instellingen bedroeg toen ruim 470 bedden.[3044] Verder boden reguliere psychiatrische ziekenhuizen enkele behandelplaatsen voor TBR-gestelden en andere psychisch gestoorde delinquenten. Omgekeerd namen TBR-inrichtingen ook ontoerekeningsvatbaar verklaarde veroordeelden zonder TBR-stelling op.[3045] Hoewel het totale aantal TBR-gestelden in de jaren zeventig was gedaald kwam het nog steeds voor dat sommigen na het uitzitten van hun straf in de gevangenis moesten wachten op plaatsing in een inrichting.[3046]

De deels verouderde TBR-instellingen deden vaak eerder aan gevangenissen dan aan psychiatrische inrichtingen denken en zij kampten met capaciteitsproblemen. In Veldzicht overnachtten de gedetineerden tot 1980 in afgesloten hokken van twee bij anderhalve meter, officieel aangeduid als 'chambrettes'.[3047] Veldzicht, dat bekendheid genoot als 'afvalbak' en 'eindstation', fungeerde in de eerste plaats als bewaarinrichting voor moeilijk behandelbare TBR-gestelden, van wie velen tevergeefs in andere instellingen waren behandeld.[3048] De therapeutische ambities waren bescheiden: vanouds lag de nadruk op geregelde arbeid en een opvoedkundige benadering. Pas vanaf het eind van de jaren zestig werden ook andere behandelingsmethoden, zoals creatieve, bewegings-, socio- en psychotherapie, geïntroduceerd.[3049] Tussen het behandelideaal en

---

[3041] Haffmans 1984, 21; Koenraadt 1995, 129; Hamers 1986, 52; Barneveld 1982, 1; Dankers en Van der Linden 1996, 198-199.
[3042] Esser 1970-1971, II: 37; vergelijk Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 7.
[3043] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 10.
[3044] Haffmans 1984, 45-53, 74; Hamers 1986, 46-48.
[3045] Haffmans 1984, 71-72.
[3046] Haffmans 1984, 54.
[3047] Esser 1970-1971, II: 37; Barneveld 1982, 2; Haffmans 1984, 48; Van de Uitvlugt 1991, 53.
[3048] Barneveld 1982, 4.
[3049] Barneveld 1982, 2,4.

de praktijk bestond in de ogen van TBSers zelf nogal wat afstand. 'Overdag moet je wat zakken vullen of papiertjes aan elkaar binden. Dat bij elkaar zitten heet dan sociotherapie en dat monotone werk noemen ze arbeidstherapie', aldus een gedetineerde, die in 1978 in Veldzicht was geplaatst. De beste manier om weer op vrije voeten te komen was volgens hem 'meespelen. Je weet zo langzamerhand wel, wat ze graag willen horen. […] het enige wat je zegt zijn dingen waarvan je denkt, dat ze wel goed zullen vallen.'[3050] Ook de Rekkense Inrichtingen en Hoeve Boschoord streefden resocialisatie door middel van (land)arbeid na en voegden daar vanaf de jaren zestig sociotherapeutische behandelvormen aan toe. In de Van Mesdagkliniek waren veel TBR-gestelden die als ernstig gestoord en gevaarlijk golden, langdurig opgenomen. Tot in de jaren zestig heerste er een gevangenisregime, maar na twee opstanden kwam er meer aandacht voor behandeling.

In de therapeutische behandeling, waarbij steeds meer psychologen betrokken raakten, verschoof het accent van een medisch-psychiatrische aanpak naar psychoanalytische, psychosociale, leertheoretische en gedragswetenschappelijke oriëntaties, waarbij niet zozeer werd gestreefd naar een verandering van de persoonlijkheid van de delinquent als wel naar een beïnvloeding van de relatie tussen hem en zijn omgeving.[3051] Deze benadering bleek voor een deel van de TBR-gestelden vruchten af te werpen. Zij was echter niet geschikt voor delinquenten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen; voor hen leek een meer directieve aanpak beter geëigend.[3052] In de loop van de jaren zestig was er een eind gekomen aan de toepassing van castratie. In tegenstelling tot landen als Duitsland, de Verenigde Staten en Rusland, zijn in Nederland geen hersenoperaties toegepast op psychisch gestoorde delinquenten. Plannen om een dergelijke ingreep toe te passen op een TBR-gestelde werden in 1974 aangevochten bij de Hoge Raad en die sprak zich uit tegen een dergelijke (dwang)behandeling. Deze kon waarschijnlijk ook op weinig begrip rekenen in de publieke opinie, gezien de felle protesten tegen de plannen van Buikhuisen voor psychofysiologisch onderzoek bij misdadigers.[3053]

Met name de Van der Hoevenkliniek en de Pompekliniek onderscheidden zich door een grote mate aan therapeutisch optimisme. In beide instellingen was de behandeling en het dagelijks leven geënt op het ideeëngoed van de therapeutische gemeenschap. Uitgangspunt was de veranderbaarheid van gedrag door middel van sociale interactie en zelfwerkzaamheid en het streven was gericht op het aankweken van verantwoordelijkheidsbesef. S. van der Kwast, als psychiater verbonden aan de Pompekliniek en buitengewoon hoogleraar forensische psychiatrie in Nijmegen, benadrukte de invloed van het sociale milieu. 'Het milieu doet heel veel aan een mens', zo verklaarde hij in een interview. 'Van een aantal mensen, die wij in de Pompekliniek hebben, zie je dat 90 of 99 percent van de moeilijkheden samenhangen met milieu-problemen.'[3054] Op basis van het gedachtegoed van de grondlegger van de Van der Hoevenkliniek, P.A.H. Baan, die veel nadruk legde op de ontwikkeling van de eigen

---

[3050] Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 4.
[3051] Koenraadt 1995, 126; Esser 1970-1971, II: 24-28, 39; De Jong 1987; Leeuwenstein 1987; Hesse 1987; Weijers 2003, 34-35.
[3052] Haffmans 1984, 46-53.
[3053] Van den Booggard en Van der Graaf 1978, 16-17; Haffmans 1984, 23.
[3054] Bos 1972c, 136.

verantwoordelijkheid en persoonlijkheid, was in het behandelprogramma aldaar plaats gemaakt voor individuele psychotherapie. Vanaf het midden van de jaren zestig verschoof het accent echter naar een meer gedragstherapeutische en systeemtheoretische benadering: observatie en correctie van gedrag in de leefgroep alsmede het relationele functioneren van de patiënten in hun dagelijkse leefmilieu kwamen centraal te staan.[3055]

In de Nijmeegse Pompekliniek, die in 1967 werd geopend, leidde de invoering van de therapeutische gemeenschap met democratische overlegstructuren en een grote mate van permissiviteit tot botsingen met de buitenwereld. Ontvluchtingen van patiënten zorgden voor veel publieke en politieke commotie en gaven zelfs aanleiding tot de oprichting het actiecomité 'Beveiliging Pompekliniek'. Een en ander leidde in 1972 tot ingrijpen van het Ministerie van Justitie ten einde de beveiliging te verscherpen. De omstreden geneesheer-directeur J.R.M. Maas, die het initiatief had genomen tot ingrijpende vernieuwingen in het behandelklimaat en deze deels moest terugdraaien, legde een jaar later zijn functie neer. Hoewel de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap bleven gehandhaafd, kwam er in de daarop volgende jaren meer aandacht voor orde en beveiliging. De democratische verhoudingen tussen behandelaars en patiënten, die in de praktijk hadden geleid tot chaotische taferelen en onduidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden, maakten plaats voor een professionele en hiërarchische organisatiestructuur.[3056]

Hoewel de Nederlandse TBR-instellingen internationaal geprezen werden, bleef er een tekort aan behandelaars en bestonden er nauwelijks wetenschappelijke gegevens omtrent de effectiviteit van de behandeling.[3057] Mede in verband met een voorgenomen wijziging van de psychopatenwetten vond de discussie over de TBR in de jaren zeventig en tachtig plaats in het spanningsveld tussen enerzijds de rechten en de behandelingsmogelijkheden van de individuele delinquenten en anderzijds de beveiliging van de maatschappij. De in 1960 door de Minister van Justitie ingestelde Commissie Psychopatenzorg onder leiding van Van der Horst adviseerde in 1967 om meer differentiatie aan te brengen in en tussen TBR-instellingen, al naar gelang de noodzakelijke beveiliging en de behandelbaarheid van TBR-gestelden. Ook pleitte de commissie voor schaalverkleining van de woon- en verblijffaciliteiten en de invoering van een sociotherapeutisch leefklimaat. Dit advies lag ten grondslag aan de *Nota over de Terbeschikkingstelling van de Regering* (1970) en een wetsvoorstel tot wijziging van de Psychopatenwetten, dat Minister van Justitie Van Agt in 1972 aan de Kamer aanbood en die uiteindelijk in 1988 werd ingevoerd.

Ondertussen zwol onder invloed van de antipsychiatrie de kritiek aan op de rechteloosheid die een TBR-stelling met zich meebracht en de onbepaalde en vaak lange duur ervan.[3058] Ook rechters kregen meer oog voor de rechtsbescherming van TBR-gestelden. Tot het eind van de jaren zestig waren aanvragen tot verlenging van TBR-stellingen niet veel meer dan hamerstukken en volgden rechters de medische adviezen, maar in de loop van de jaren zeventig weken rechtbanken daar steeds meer vanaf. Rechters lieten de evenredigheid tussen de zwaarte van het gepleegde delict en de duur van de vrijheidsberoving meewegen in hun beoordeling. Aangezien zij van mening waren

[3055] Dankers en Van der Linden 1996, 201-208.
[3056] Haffmans 1984, 20-21, 50-51; Blankstein et al. 1986.
[3057] Weijers 2001, 204; Weijers 1995, 67; vergelijk Weijers 1996, 201.
[3058] Dankers en Van der Linden 1996, 180-182; Kelk 2007, 87-88, 91-99.

dat de behandelingen te lang duurden, nam het aantal 'contraire beëindigingen' van TBR-stellingen in de loop van de jaren zeventig en tachtig sterk toe. En als rechtbanken al tot verlenging besloten, was dat vaak voor de beperkte periode van één jaar of onder de voorwaarde dat er een grens werd gesteld aan de duur van de behandeling. Psychiaters betreurden deze ontwikkeling; in hun ogen ondermijnde de juridische argumentatie de effectiviteit van de behandeling en zou het al dan niet beëindigen van TBR-stelling moeten afhangen van het behandelresultaat.[3059]

In 1982 stelde de regering een commissie in onder leiding van de jurist E.A. Haars om een wetsontwerp voor te bereiden waarin de rechtspositie van TBR-gestelden werd vastgelegd. Uitgangspunt was de vraag in hoeverre zij bepaalde burgerrechten konden behouden. De overheid zou inbreuken op de zelfbeschikking van TBR-gestelden beter moeten legitimeren en motiveren en er zou meer ruimte moeten komen voor hoor- en wederhoor. Verder was de onbepaalde maximale duur van een TBR-stelling - een bron van onzekerheid voor de betrokkenen - in het geding. Onder invloed van het streven naar humanisering van het strafrecht werd gepoogd de rechtspositie van TBR-gestelden te versterken en werden de regelingen omtrent proefverloven, voorwaardelijk ontslag en werk buiten de inrichting verruimd.[3060] De F.S. Meijersvereniging hield zich nog altijd bezig met de nazorg van ontslagen TBR-gestelden en andere psychisch gestoorde delinquenten.[3061] Aan de andere kant gaven de recidivecijfers - deze bleven vanaf de jaren vijftig tot het midden van de jaren tachtig rond zestig procent schommelen - aanleiding tot twijfels over de effectiviteit van therapeutische behandeling. Mede als gevolg van het afnemende vertrouwen van rechters daarin en overwegingen van kostenbeheersing, kwam in de jaren tachtig weer meer nadruk te liggen op de strafrechterlijke functie van de TBR en de bescherming van de samenleving. De gemiddelde duur van een TBR-stelling begon toe te nemen.[3062]

Al met al vertoonden de ontwikkelingen rond de TBR tegenstrijdige tendensen. Enerzijds werd de TBR-maatregel steeds meer beperkt tot ernstige gewelds- en zedendelicten, kwam er meer oog voor de rechten van TBR-gestelden en groeiden de bezwaren tegen de onbepaalde duur van hun detentie. Anderzijds plaatsten rechters in toenemende mate vraagtekens bij de effectiviteit van de behandeling en kwam de beveiliging weer sterker op de voorgrond te staan, juist vanwege de toespitsing van de TBR-maatregel op gewelddadige delinquenten. In de maatschappij kreeg TBR vooral aandacht naar aanleiding van ontsnappingen en recidives en werd zij in toenemende mate geassocieerd met een te 'softe' aanpak van criminaliteit.

Afgezien van TBR-gestelden nam het aantal gedetineerden met psychische stoornissen in gevangenissen begin jaren tachtig toe tot bijna vijftien procent van de totale gevangenispopulatie. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde in 1985 vast dat het voor mensen steeds moeilijker werd om de met de gevangenisstraf verbonden vrijheidsbeneming en autoritaire bejegening te accepteren. De onlustgevoelens die hierdoor ontstonden, zouden zich in toenemende mate uiten in psychische klachten. De toename van het aantal gevangenen met geestelijke

---

[3059] Dankers en Van der Linden 1996, 186, 223-227.
[3060] Haffmans 1984, 56-64.
[3061] Kruisinga 1970, 56.
[3062] Haffmans 1984, 20-23, 32; Hamers 1986, 244-245; Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 17; Franke 1990, 716.

moeilijkheden bracht de Inspectie ook in verband met problemen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waardoor agressieve patiënten eerder in het justitiële circuit terechtkwamen.[3063] De psychiatrische zorg voor gevangenen was een van de verantwoordelijkheden voor de forensische districtpsychiatrische diensten, die vanaf het eind van de jaren vijftig als onderdeel van de reclasseringsraden in de meeste arrondissementen tot stand waren gekomen. Andere taken van deze in toenemende mate multidisciplinair samengestelde diensten waren de (coördinatie van) voorlichting en advisering van rechters en reclasseringswerkzaamheden.[3064] Medio jaren zestig waren ongeveer zeventig psychiaters in deeltijd werkzaam als rapporteurs voor rechtbanken en ongeveer negentig waren betrokken bij de reclassering.[3065]

[3063] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 6; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; vergelijk Franke 1990, 750-752.
[3064] Haffmans 1983; Weijers 2003, 33.
[3065] Brief van F. Hartsuiker, A.H. Roosenburg en W.A. Vaandrager aan hoofdbestuur NVPN 24-5-1966, Archief NVPN.

4.5. Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie

4.5.1. *De democratisering van geluk*

Terwijl de inrichtingspsychiatrie op het grote publiek nog altijd een tamelijk besloten indruk maakte en een slechte reputatie genoot, manifesteerden de psychohygiënisten zich begin jaren zestig tamelijk eendrachtig en met veel zelfvertrouwen in de Nederlandse maatschappij. Zij zagen een belangrijke rol voor zich weggelegd in de moderniserende samenleving.[3066] Psychiaters als Trimbos waren bekende opinieleiders op het gebied van de inrichting van het persoonlijke leven en genoten moreel gezag onder brede lagen van de bevolking. Met zijn optreden op radio en televisie, waar hij de nieuwe psychohygiënische opvattingen over gezin, huwelijk en seksualiteit voor een breed publiek uiteenzette, kreeg Trimbos nationale bekendheid. In zijn proefschrift *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg* (1959) vertolkte hij de zelfverzekerdheid en het optimisme in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hij achtte de tijd gekomen dat deze sector geschraagd werd door de ontwikkeling van een nieuwe wetenschap, de geestelijke gezondheidsleer, waarvoor de sociale psychologie en de sociologie als basiswetenschappen moesten dienen.

Evenals zijn leermeester H.C. Rümke maakte Trimbos een duidelijk onderscheid tussen enerzijds geestesziekte, het object van de klinische psychiatrie, waarin de medisch-biologische etiologie de toon aangaf, en anderzijds psychische aandoeningen en levensmoeilijkheden bij in wezen gezonde mensen, waarvoor de ambulante geestelijke gezondheidszorg geëigende behandelingen kon bieden. De laatste onderscheidde zich volgens Trimbos zowel van de geneeskunde als van het maatschappelijk werk door een multidisciplinaire benadering. Terwijl Rümke aan het eind van zijn loopbaan wees op het gevaar dat de psychiatrie de grenzen van de geneeskunde uit het oog verloor - zij moest zich niet bezighouden met de levensmoeilijkheden van de gezonde mens - pleitte Trimbos voor een versmelting van het psychosociaal georiënteerde deel van het vak met het bredere terrein van de psychohygiëne, dat zich juist wel op een breed scala van psychosociale moeilijkheden richtte.[3067] Met hun strikte scheiding tussen medische psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg - weliswaar om zeer uiteenlopende redenen - verschilden Rümke en Trimbos van sociaal-psychiaters als A. Querido en J.A.J. Barnhoorn, die zich juist op het grensgebied van deze twee domeinen bewogen. Ook andere psychiaters kritiseerden Trimbos' scherpe onderscheid tussen geestesziekte en psychosociale problemen, onder meer omdat hij volgens hen daarmee het belang van de medische inbreng in de ambulante geestelijke gezondheidszorg onderwaardeerde. Aan de andere kant vond de psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker het onterecht dat Trimbos het maatschappelijk werk leek uit te sluiten.

Trimbos bepleitte een autonome, van de geneeskunde en het maatschappelijk werk afgebakende ambulante geestelijke gezondheidszorg en een organisatie op basis van het levensbeschouwelijke particuliere initiatief, waarbij de overheid op afstand bleef. Geestelijke gezondheid was als waarde niet wetenschappelijk te funderen en kon alleen op levensbeschouwelijke basis betekenis krijgen, omdat het ging om de normatieve vraag naar het goede leven.[3068] Hoewel Trimbos evenals andere psychohygiënisten

---

[3066] Van der Kroef 1990; De Goei 2001, 236-246.
[3067] Trimbos 1959.
[3068] Trimbos 1960, 40; De Goei 2001, 185-195, 210-218, 222-223.

uitdrukkelijk wees op de rol van sociale en culturele factoren in het ontstaan van psychische en neurotische klachten, ging hij aanvankelijk niet zover dat hij de maatschappij aanwees als de doorslaggevende oorzaak ervan. Hij maakte een onderscheid tussen 'sociogenetische' aandoeningen, die direct door maatschappelijke invloeden zouden zijn veroorzaakt, en 'socioplastische' stoornissen, waarbij de omgeving alleen de aanleiding vormde voor het ontstaan ervan en de individuele aanleg de onderliggende oorzaak vormde. Volgens Trimbos kwamen de laatste veel meer voor dan de eerste.[3069] Desalniettemin had hij een jaar eerder al een ander geluid laten horen. Toen schreef hij in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*:

> Willen wij de geestelijke gezondheid bevorderen, dan zal dit dus niet alleen moeten gebeuren door de individuen geschikt te maken voor de samenleving, waarin zij leven, maar wel degelijk ook zullen wij de samenlevingsstructuren moeten zien te benaderen, opdat het individu zich daaraan ongestoord kan aanpassen.[3070]

De ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals die zich vanaf de jaren dertig en veertig had ontwikkeld, richtte zich overwegend op het persoonlijke onvermogen om moeilijkheden, die mede door de druk van de samenleving konden ontstaan, te verwerken en te trotseren. Weliswaar stonden de psychohygiënisten kritisch ten aanzien van de sociaaleconomische modernisering, maar tegelijkertijd beklemtoonden zij dat deze gegeven en onafwendbaar was en dat mensen de gevolgen ervan onder ogen moesten zien. De oplossing voor de persoonlijke moeilijkheden, die maatschappelijke veranderingen nu eenmaal met zich meebrachten, zochten zij in een mentaliteitsverandering. Ook de individuele psychische huishouding moest als het ware op een beheerste en verantwoorde manier worden gemoderniseerd door innerlijke vrijheid en volwassenheid aan te kweken.[3071] De psychohygiënisten vertolkten het voor de wederopbouwperiode kenmerkende geloof in een beheerste modernisering en een geleide zelfontplooiing door middel van culturele planning onder leiding van een levensbeschouwelijk geïnspireerde en wetenschappelijk onderlegde elite. Volksopvoeding diende ertoe om Nederlanders tot verantwoordelijke burgers te vormen, die op ingetogen wijze gebruik maakten van vrijheden en de middelen van de verzorgingsstaat en daarbij een evenwicht tussen rechten en plichten bewaarden. In de loop van de jaren zestig kwam deze bevoogding in toenemende mate ter discussie te staan en liet een aanwassend deel van de bevolking zich er niet veel meer aan gelegen liggen.[3072]

Terwijl de moraal van 'tucht en ascese' in de wederopbouwjaren mensen had aangespoord om flink te zijn en zwijgend door te zetten, kwam er nu ruimte voor het praten en het uiten van emoties. Al spoedig weerklonk het ideaal van de spontane zelfontplooiing in zijn beide hoedanigheden - zelfbeschikking en persoonlijke expressie -

---

[3069] Trimbos 1959, 131-132.
[3070] Trimbos 1958, 50; vergelijk Querido 1964, 50-51.
[3071] Matse 1967, 393; Mol en Van Lieshout 1989, 111; Gersons 1990, 19; De Goei 1998, 72; De Goei 2001, 218-224.
[3072] Krul 1998, 254.

in de geestelijke gezondheidszorg. De hulpverlening moest volgens Trimbos gericht zijn op het bevorderen van

> meer geluk, meer rijpheid, grotere individualiteit, een helderder identiteitsbewustzijn, grotere ontplooiing van menselijke mogelijkheden en betere kansen voor zelfverwerkelijking, een grotere dispositie tot kiezen […] en in 't algemeen […] een grotere mate van vrijheid en menselijke volwaardigheid.[3073]

Andere psychiaters lieten zich in soortgelijke zin uit over de taakstelling van de geestelijke gezondheidszorg. 'De bevordering van het geluk van de individuele mens is analoog aan de bevordering van de gezondheid', meende J.A. Weijel; 'men bestrijdt ziekte, d.i. de negatie van gezondheid; zo kan men ook het tegendeel van het geluk, d.i. ongeluk bestrijden.'[3074] Naast de mogelijkheid om het onbedorven zelf door middel van psychologisch inzicht te bevrijden van schuldgevoelens en opgelegde verwachtings- en rolpatronen ging het om de realisering van 'de sociaal-culturele ontplooiingsmogelijkheid' en de 'optimale maatschappelijke (her)integratie' van elk individu, zo betoogde Weijel samen met de psychiater W.J. Sengers, de jurist J. van den Bergh en de socioloog E. Dekker in een publicatie van de Wiardi Beckman Stichting, het wetenschappelijk bureau van de Partij van de Arbeid.[3075]

Het was de vraag of dit ambitieuze streven naar welzijn en geluk wel was te realiseren met de gangbare hulpverleningspraktijken. Onder invloed van de protestbewegingen van de jaren zestig, de opkomst van de antipsychiatrie en de publieke uitingen van onvrede van patiënten en cliënten was het niet alleen gedaan met de publieke stilte rond en het maatschappelijk isolement van de inrichtingspsychiatrie, maar ook met het zelfvertrouwen van de psychohygiënisten. In de loop van de jaren zestig waren er steeds meer zelfkritische geluiden te horen. Het aantal gedragswetenschappelijk en sociologisch geschoolden onder hen nam toe en zij vroegen aandacht voor de sociale omstandigheden die psychische moeilijkheden in de hand zouden werken. De grondslag van de geestelijke gezondheidszorg, de therapeutische behandeling van individuen met als doel hun aanpassing aan de maatschappij, kwam ter discussie te staan. De oorzaak van persoonlijke misère zou niet gezocht moeten worden in de psyche van het individu of in diens gebrekkige sociale aanpassing, maar in de ziekmakende 'maatschappelijke structuren' die voor onleefbare situaties zorgden.[3076] Het was de vraag of mensen die psychische klachten en afwijkende gedragingen vertoonden, wel geestelijk ongezond waren. Vormden hun uitingen eigenlijk geen gezonde reactie op onverdraaglijke maatschappelijke verhoudingen, waaraan zij niets konden veranderen? Had het gesleutel aan individuen eigenlijk wel zin als er niets werd gedaan aan hun leefwereld? Tussen het welzijn van het individu en de eisen van de samenleving bestond spanning, zo leerde het conflictmodel dat rond 1970 zijn intrede deed in zowel het maatschappelijk werk als de geestelijke gezondheidszorg. Psychische nood had minder met afwijkingen van mensen

---

[3073] Trimbos 1972b, 122.
[3074] Weijel 1970, 89.
[3075] Van den Bergh et al. 1970, 21-26.
[3076] Van den Bergh et al. 1970; Weijel 1964; Weijel 1983[1968]; Weijel 1970; Weijel 1971; Weijel 1974; Huijts 1970; Romme 1970a; Dijkhuis 1970a; Dijkhuis 1970b; Dekker 1971; Beusekom-Fretz 1973; Nijhof 1978; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 23-31, 54-55; vergelijk De Goei 2001, 267-277.

te maken dan met een verkeerde inrichting van de samenleving. Zij dienden bevrijd te worden van de onnodige beperkingen die de maatschappij hen oplegde en voor dit doel was gezondheidszorg ontoereikend. Welzijnswerk en politiek activisme, 'sociale actie' en 'verzetstherapie', leken meer op hun plaats.[3077]

De kritiek bereikte een hoogtepunt op het tumultueuze congres *Te gek om los te lopen*, dat de NFGV in 1970 organiseerde om hulpverleners en andere betrokkenen met elkaar van gedachten te laten wisselen over het functioneren van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. Het trok 1.400 belangstellenden - naast behandelaars ook verpleegkundigen en patiënten - en veel media-aandacht.[3078] Onder de deelnemers bleek veel ongenoegen te leven, waaraan vaak op emotionele wijze uiting werd gegeven. De zelfverzekerdheid die de psychohygiënisten in de eerste helft van de jaren zestig nog aan de dag hadden gelegd, leek in het tegendeel om te slaan. Hun cliënten begonnen verzet aan te tekenen tegen de in hun ogen ondemocratische verhoudingen en het gebrek aan medezeggenschap in de hulpverlening. Zoals we eerder zagen, richtten ouders van kinderen die op het MOB in Leiden in behandeling waren, in 1971 de Cliëntenbond in de Welzijnszorg op, het begin van de kritische patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg. Deskundigen zouden in toenemende mate rekening moeten houden met mondige leken.

Het crisisgevoel onder psychohygiënisten werd versterkt door alarmerende geluiden over de vermeende toename van psychische moeilijkheden onder de bevolking. Evenals aan het eind van de negentiende eeuw, in het interbellum en in de naoorlogse jaren gingen deze gepaard met cultuurpessimistisch getoonzette beschouwingen die moesten verklaren waarom de geestelijke misère zo wijd verbreid was in de moderne samenleving. In de feestbundel ter gelegenheid van het honderdjarige bestaan van de NVPN wezen de zenuwartsen W.G. Sillevis Smitt en J.J. Jansen op de grote psychologische gevolgen van techniek, verzakelijking en bureaucratisering.

> Het spreekt vanzelf dat het totaal veranderde leefklimaat van deze technische tijd ook psychologische gevolgen heeft […] De mens van vroeger was veel meer met zijn cultuur verbonden door familie, traditie, bepaalde normen - hij was daarmee vergroeid, een binding, die een deel der jeugd mist. De mens van heden is niet principieel verschillend van de vroegere, doch het décor heeft zich volkomen gewijzigd.

Als gevolg van snelle sociale veranderingen traden volgens Sillevis Smitt en Jansen in toenemende mate generatieconflicten op, verloren vaders aan gezag en veranderde het normbesef. 'Een algemeen psychologisch fenomeen, dat in deze tijd bij iedere generatie […] veelvuldig voorkomt, is angst, en dat in tegenstelling tot de zekerheden, die de welvaartsstaat geeft.'[3079] Ook andere zenuwartsen meenden dat het roerige tijdsgewricht aanleiding gaf tot veel psychische spanning en een toename van het aantal mensen dat hulp nodig had.[3080]

[3077] Weijel 1971; Weijel 1974; Dijkhuis 1970b; Huijts 1970; Trimbos 1971b; Trimbos 1972b; Beusekom-Fretz 1973; vergelijk Van Lieshout 1985b, 1262; Mol en Van Lieshout 1989, 224.
[3078] Van Beusekom 1971.
[3079] Sillevis Smitt en Jansen 1971, 14.
[3080] Meijers 1973.

In zijn oratie *Sociale evolutie en psychiatrie* (1969) ter gelegenheid van zijn benoeming als hoogleraar in de sociale en preventieve psychiatrie aan de Erasmus Universiteit noemde Trimbos de omvang van de geestelijke ongezondheid een van de grootste uitdagingen van de moderne samenleving. De snelle en ingrijpende sociale veranderingen, waardoor velen hun houvast en zekerheid verloren, zou de kans op psychosociale klachten en psychische stoornissen vergroten. Trimbos sprak van een massale 'verknoeiing van levens'. Hoewel precieze kwantitatieve gegevens ontbraken - het was volgens hem de hoogste tijd om in Nederland epidemiologisch onderzoek te verrichten - achtte hij het op basis van cijfers uit Zweden, Canada, de Verenigde Staten en Engeland aannemelijk dat vijftig procent van de Nederlanders leed onder psychische aandoeningen. Deze hinderden hen in hun normale functioneren en bij een vijfde tot een kwart van de bevolking namen zij zulke ernstige vormen aan dat zij psychiatrische hulp behoefden.[3081] Tegen de achtergrond van deze grote verspreiding van geestelijk leed vormde de individuele behandeling, zoals psychotherapie, maar een druppel op de gloeiende plaat. 'Gezien de verwachtingen t.a.v. de wereld van morgen (en de snelheid waarmede deze veranderingen zich voltrekken)', zo had hij eerder geschreven, 'is reeds nu een bewust gerichte psychisch hygiënische voorbereiding van mens en gemeenschap op […] toekomstige verschuivingen noodzakelijk.'[3082]

Hoezeer Trimbos ondanks de nieuwe bevrijdings- en zelfontplooiingsretoriek nog bevangen was door het moreel-pedagogisch ethos van de jaren vijftig bleek bijvoorbeeld uit de wijze waarop hij zich uitliet over de besteding van de toegenomen vrije tijd. Die moest volgens hem op een verantwoorde manier worden ingevuld, gericht zijn op 'menselijke ontplooiing' ten einde de commerciële, consumptieve 'passief-receptieve' vrijetijdsbesteding, het 'brood-en-spelenpatroon' tegen te gaan. Hij achtte daartoe 'een anti-vervlakkings- en anti-nivelleringspolitiek t.a.v. dit dreigende massaverschijnsel' nodig.[3083] De psychiater J.H. van den Berg sloeg in dit verband ook een bezorgde toon aan. Democratisering bracht weliswaar veel goeds, maar de 'dwang tot gelijkheid' had volgens hem ook nadelen, zoals een toename van neurotische stoornissen.[3084] In andere psychohygiënische betogen over de maatschappelijke oorzaken van de toenemende psychische problematiek sijpelde de invloed van marxistisch gedachtegoed door, dat zich vanaf de jaren zestig in een grote populariteit onder jonge intellectuelen kon verheugen. Mensen zouden lijden onder de gevolgen van de industrialisering, in het bijzonder de tegenstelling tussen kapitaal en arbeid, de uitputting van de natuur en de milieuvervuiling. Techniek, schaalvergroting, bureaucratisering en materialisme deden hen vervreemden van hun eigenlijke behoeften en daardoor zou een groot deel van de bevolking met stress behept zijn.[3085]

Evenals Trimbos signaleerden ook andere psychiaters een discrepantie tussen welvaart en het gebrek aan psychosociaal welbevinden: materiële en culturele of morele

---

[3081] Trimbos 1969, 12, 14; vergelijk Trimbos 1970, 61 en Trimbos 1972b, 24.
[3082] Trimbos 1983 [1968], 93.
[3083] Trimbos 1972b, 74, 77. Trimbos' leermeester Rümke had eind jaren vijftig bezorgd gewezen op de psychische ontregeling en zelfs psychosen waaraan mensen op vakantiereizen ten prooi konden vallen; 'enige leiding' bij de vakantiebesteding achtte hij geen overbodige luxe. Rümke 1957; vergelijk Kwant 1961.
[3084] Van den Bergh et al. 1970, 139, 153.
[3085] Schnabel en Onland 1979, 19.

vooruitgang gingen niet gelijk op - een klassiek topos in de cultuurkritiek vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw. Het zou beter zijn een rem te zetten op de ongebreidelde economische groei en vooruitgang te betrekken op de kwaliteit van het bestaan. Aan dat laatste schortte het nog zeer, zo stelde Weijel in zijn boek *De mensen hebben geen leven* (1970). Uit zijn eigen psychiatrische praktijk kwam naar voren 'dat het leven van veel mensen maar pover is, meer een gang door het leven dan een leven dat bewust gevoerd wordt en waaraan richting gegeven wordt.' 'Elk leven is een roman,' aldus Weijel, 'maar meestal een povere, beklemmende en armetierige roman zonder fraaie afloop, in de meest letterlijke zin een bewolkt bestaan vol menselijk tekort.' Het ging hierbij niet louter om 'persoonlijk ongeluk' of 'individueel noodlot', benadrukte hij, maar om een wijd verbreid maatschappelijk verschijnsel dat hij aanduidde als 'welzijnsnood': 'het gebrek aan levensvoldoening, al of niet bewust en al of niet manifest, zich uitend in objectief en subjectief tekortkomen of tekortschieten, zowel in de ontplooiing van de eigen vermogens als in de verhoudingen tot de medemens.'[3086] Om een eind te maken aan al deze ellende was meer psycho- en sociaalhygiënische hulpverlening volgens hem broodnodig.

In de beschouwing over geestelijke gezondheidszorg van de Wiardi Beckman Stichting, *Verbeter de mensen, verander de wereld* (1970), was te lezen dat veel mensen in verwarring waren geraakt als gevolg van ingrijpende maatschappelijke veranderingen, die zich in een niet bij te houden tempo voltrokken.

> Processen als secularisering, urbanisatie, emancipatie en ontzuiling dwingen ons op voet van gelijkheid om te gaan met anderen die voorheen 'hun plaats kenden' en er niet aan dachten het etiket waarmee men ze gestigmatiseerd had, te verruilen voor de aanspreektitel: 'medemens'. […] democratisering als een bewust proces van maatschappelijke veranderingen verwart de mensen die opgevoed zijn in de oude stijl. De etikette in onze samenleving verlangt thans […] van een ieder van ons dat hij zelf zijn plaats bepaalt tegenover anders-gekleurde rassen, homofielen, hippies, demonstrerende jongeren, arbeiders, pacifisten en werkende vrouwen, zonder daarbij te kunnen terugvallen op de vroegere - door eigen milieu bepaalde - stereotiepe manier van reageren. Het is vooral de hevigheid en de snelheid van dit proces die velen hun houvast doen verliezen en waardoor zij op drift raken. Hoe ten onrechte - en kwaadaardig - is het dan om juist de jeugd te verwijten dat zij 'losgeslagen' zou zijn, als vele ouderen de flexibiliteit missen om de diepinsnijdende veranderingen in ons bestaan emotioneel te verwerken. Ons psychisch evenwicht zal voorlopig nog wel bedreigd blijven door de onttaboeïsering van de seksualiteit, door de ontmythologisering van traditionele huwelijks- en gezinsvormen, door de demystificatie van orde en gezag, door nivellering van rang en status, door de deconfessionalisering van politieke partijen en vakverenigingen.[3087]

Het vermeende verband tussen maatschappelijke veranderingen en toenemende geestelijke verwarring werd nauwelijks met concrete gegevens onderbouwd. Terwijl Trimbos schatte dat tussen 30 en 50 procent van de Nederlandse bevolking aan

[3086] Weijel 1970, 42, 44, 49, 92; vergelijk Mulder 1971.
[3087] Van den Bergh et al. 1970, 16.

psychische stoornissen leed, hield de Leidse hoogleraar sociale psychiatrie Speijer het op 40 procent en maakte de Amsterdamse hoogleraar Kuiper gewag van 25 procent.[3088] Weliswaar verwees Trimbos in zijn oratie naar epidemiologisch onderzoek, maar in een artikel in *Medisch Contact* liet de epidemioloog M.J.W. de Groot geen spaan heel van diens betoog. Hij verweet Trimbos en andere sociaal-psychiaters een onzorgvuldige omgang met cijfers en een slordige hantering van het begrip psychische stoornis, waarvan ze geen definitie gaven. De gegevens waarmee zij hun onheilstijdingen lardeerden, boden volgens De Groot geen enkel houvast voor het overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.[3089] Dergelijke nuanceringen vonden echter nauwelijks weerklank in de geestelijke gezondheidszorg en bij de overheid. Hoewel er geen hard bewijs was dat psychische moeilijkheden hand over hand toenamen, konden pleidooien voor meer ambulante hulpverlening op brede instemming rekenen.

De aandacht voor de ziekmakende maatschappij was deels ingegeven door het ideeëngoed van de antipsychiatrie en kritische sociologische benaderingen, maar dit betekende niet dat de psychohygiëne en de ambulante geestelijke gezondheidszorg als zodanig ter discussie kwamen te staan. Het crisisgevoel dat zich rond 1970 meester maakte van veel hulpverleners, resulteerde uiteindelijk niet in minder, maar meer geestelijke gezondheidszorg. De voorzieningen die psychosociale en psychotherapeutische behandelingen boden, namen in de jaren zeventig in aantal en omvang toe en daarnaast kwamen er nieuwe vormen van alternatieve, democratisch georganiseerde en 'maatschappijkritische' hulpverlening, vooral voor jongeren.[3090] Afgezien van de collectieve financiële middelen die hiervoor beschikbaar kwamen, werkte vooral de kritiek op de klinische psychiatrie deze expansie in de hand. De ambulante hulpverlening kwam veel minder onder vuur te liggen van de kritische beweging dan de psychiatrische ziekenhuizen. Tekenend is dat de Cliëntenbond, die ontstond naar aanleiding van conflicten in een MOB, zich in de jaren zeventig voornamelijk op de misstanden in de psychiatrische ziekenhuizen richtte.

Trimbos, die een boek over de antipsychiatrie publiceerde waarin hij blijk gaf van sympathie, was van mening dat een uitgebreid netwerk aan psychosociale voorzieningen in de maatschappij psychiatrische ziekenhuizen grotendeels overbodig zou maken. Evenals Querido in de jaren dertig was Trimbos zeer pessimistisch over de inrichtingspsychiatrie, zoals hij die als 'reserve-geneesheer' in het Utrechtse Willem Arntsz Huis had ervaren: 'Je kon nauwelijks iets doen, ik had er niet graag de hele week gewerkt; erg deprimerend […] Het was gewoon een opberghuis […] Het had iets middeleeuws, iets historisch'.[3091] Maar aan de andere kant behield Trimbos een groot vertrouwen in de psychohygiëne en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die volgens hem waren geworteld 'in het oeroude veranderings- en verbeteringsethos van onze westerse kultuur'.[3092] In een voordracht voor een gezamenlijke vergadering van de NVPN en de American Psychiatric Association in Amsterdam verklaarde hij dat de 'intramurale kuratieve benadering van het gigantische ziekenwezen' plaats moest maken voor 'de - sociaal gezien - veel meer relevante extramurale preventieve benadering' als

[3088] Bruins 1972, 155.
[3089] De Groot 1971.
[3090] Romme 1978b, 127.
[3091] Heerma van Voss 1990a, 202.
[3092] Trimbos 1972b, 10.

'onderdeel van een veel meer omvattende hervormingsbeweging in de maatschappij, die aktie wil ten behoeve van de niet geringe groepen gedepriveerden en bedreigden'.[3093]

Trimbos en ook andere psychohygiënisten grepen de kritische psychiatrie duidelijk aan om de al langer bestaande tegenstelling tussen de intramurale en ambulante sector opnieuw te accentueren - waarbij zij de veranderingen binnen de psychiatrische ziekenhuizen wijselijk negeerden. De ambulante sector, die in de voorgaande decennia geleidelijk was gegroeid in omvang en aanzien en die met uitzondering van de sociaalpsychiatrische voor- en nazorg al vanaf de jaren dertig voortdurend afstand had genomen van de inrichtingspsychiatrie, absorbeerde zonder veel moeite een groot deel van de antipsychiatrische kritiek. In feite diende deze kritiek zelfs als legitimatie voor een verbreding van het werkgebied van de ambulante sector in de richting van welzijnszorg.[3094] Ondanks de alarmerende geluiden over de groeiende omvang van de psychische misère trad er in de jaren zeventig onder ambulante hulpverleners een snel herstel op van het zelfvertrouwen en het geloof in hun therapeutisch vermogen. Met behulp van sociale wetenschappen als psychologie, sociologie en de nieuwe discipline andragologie zou het pychosociale welbevinden te vergroten zijn.

Onder de vleugels van de uitdijende verzorgingsstaat en met name gestimuleerd door het kabinet Den Uyl groeide de welzijnszorg in de jaren zeventig sterk. Nu de verzorgingsstaat de materiële zekerheid garandeerde, kwam de oplossing van immateriële noden in zicht en konden de hulpverleners op het gebied van de welzijnszorg op meer middelen en ook op meer bemoeienis vanuit Den Haag rekenen. De regering maakte zich sterk voor een uitbreiding en een brede toegankelijkheid van sociale en culturele voorzieningen als middel om een meer gelijkmatige spreiding van kennis, inkomen en macht te realiseren. Het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM, tot 1965 Ministerie van Maatschappelijk Werk) groeide in omvang en ging een actief welzijnsbeleid voeren om de kwaliteit van het bestaan te verbeteren, waarbij de bevordering van bewustwording, mondigheid, inspraak, participatie en zelfontplooiing centraal stond. Vooral onder het kabinet Den Uyl drukte het ministerie, waarin sociale wetenschappers sterk vertegenwoordigd waren, zijn stempel op het regeringsbeleid en wierp het zich op als boegbeeld van maatschappelijke vernieuwing.[3095] Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet verloor het maatschappelijk werk zijn sociaal-pedagogische begeleidingstaak ten behoeve van de charitatieve armenzorg.[3096] Veel maatschappelijk werkers verlegden hun activiteiten naar het immateriële welbevinden van mensen en de psychosociale aspecten van hun moeilijkheden, waardoor hun werkzaamheden gingen overlappen met die in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrisch geschoolde sociaal werkers waren al vanaf eind jaren twintig in de ambulante voorzieningen als de MOB's en de BLGM's werkzaam. Vanaf de jaren zestig nam het aandeel van maatschappelijk werkers in de geestelijke gezondheidszorg toe: in de SPD'en, MOB's en BLGM's vormden zij in de jaren zeventig de omvangrijkste beroepsgroep.[3097]

[3093] Trimbos 1971b, 319, 322.
[3094] Ingleby 1998; Blok 2004, 52.
[3095] De Haan en Duyvendak 2002, 98-104; Ellemers 1997.
[3096] De Rooy 1985a, 103.
[3097] Aarsen 1985, 50.

Vooral de jongere generatie maatschappelijk werkers nam afstand van het *social casework*, waarin individuele aanpassing centraal stond, en oriënteerde zich op de andragologie: het maatschappelijk werk zou gericht moeten zijn op (planmatige) maatschappijverandering.[3098] De andragologie was vanaf het eind van de jaren veertig met name ontwikkeld door de pedagoog T.T. ten Have. Deze wetenschap diende om menselijke verhoudingen te bestuderen en methoden te ontwikkelen voor de beïnvloeding van deze relaties, waardoor sociale verandering was te bewerkstelligen. Als gevolg van de groeiende betekenis van het welzijnswerk kwam de andragologie vanaf de tweede helft van de jaren zestig tot bloei. De nieuwe studierichting trok een vloedgolf aan studenten en aan de Universiteit van Amsterdam kwam er in 1966 een aparte subfaculteit tot stand. De andragologie profileerde zich als maatschappijkritische wetenschap die instrumenten zou bieden om mensen te bevrijden van sociale onderdrukking en hen autonoom en mondig te maken.[3099] Waar eerder individuen zich dienden aan te passen ter wille van de maatschappelijke orde, moest nu de samenleving desnoods veranderen omwille van de persoonlijke ontplooiing. Bevoogding door hulpverleners was uit den boze. Het was beter dat ze de cliënten stimuleerden om zich bewust te worden van hun werkelijke behoeften en hen aanmoedigden om te 'groeien' en voor zichzelf te beslissen. Zo zou het ware zelf zich kunnen ontvouwen.

De opmars van de andragologie was tekenend voor het maakbaarheidsoptimisme dat ook de geestelijke gezondheidszorg in zijn ban kreeg. Volgens Weijel was ongeluk geen noodlot, maar een maatschappelijke misstand die te verhelpen was door middel van een gerichte, wetenschappelijke aanpak, met behulp van 'welzijnstechnieken' en alomvattende geestelijk- en sociaalhygiënische begeleiding. 'Welzijn moet weloverwogen gemaakt en gebouwd worden en kan niet aan het vrije spel van maatschappelijke krachten worden overgelaten.' Het ging hier volgens hem om niets minder dan een derde 'massarevolutie': nadat de eerste en tweede respectievelijk politieke vrijheid en sociaal-economische zekerheid hadden gebracht, zou deze het psychosociale welzijn moeten garanderen en zo de bekroning vormen van de strijd voor burgerrechten.[3100] Geestelijke gezondheidszorg was een vorm van politiek, zo betoogden ook de auteurs van *Verbeter de mensen, verander de wereld*. Democratisering, maatschappelijke participatie en zo nodig ook protest 'tegen de heersende normen en gedragsregels' waren essentiële voorwaarden voor de verwerkelijking van individuele zelfontplooiing en maatschappelijk welzijn. '*Democratisering van de samenleving is de eerste eis van een geestelijke gezondheidszorg, die het louter geneeskundig-curatieve kader verlaat en vanuit een totaal welzijnsbeleid de geestelijke gezondheid van de gehele bevolking bevordert*', zo schreven zij.[3101]

De maatschappelijk werker G. van Beusekom-Fretz, die op het uit de NFGV voortgekomen Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid een 'aktielab' trachtte op te zetten, viel hen bij door het doel van de maatschappijkritische geestelijke gezondheidszorg te omschrijven als de 'demokratisering van het geluk'.[3102] De

---

[3098] Koenis 1999; vergelijk Michielse 1984.
[3099] Gastelaars 1990.
[3100] Weijel 1970, 10.
[3101] Van den Bergh et al. 1970, 10, 21, 26.
[3102] Van Beusekom-Fretz 1973. Vergelijk Zahn 1989, 185; Gomperts 1992, 109; Cuypers en Opdenakker 1995; Hosman en Geelen 1997, 162; Willemsen 2001, 256, 259.

bevlogenheid van de katholieke psychiater J.L.J. Lumey kende evenmin grenzen. Zo meende hij dat psychotherapie een waardevolle bijdrage leverde aan 'de onttaboeïsering, […] de ontwikkeling in de seks-beleving, de verandering der maatschappelijke normen, het loskomen van de autoriteitsproblematiek, dit alles op mondiale schaal'. Hij pleitte voor 'de oprichting van een landelijk instituut voor geestelijk-hygiënische maatschappij-bemoeienis, bemand met beroepsveranderaars of beroepsveranderaars-in-wording, uit meerdere disciplines gerecruteerd'.[3103]

Het uit de jaren veertig stammende psychohygiënische idealisme kreeg een nieuwe invulling: geestelijke volksgezondheid zou een integraal onderdeel moeten worden van een meeromvattende welzijnszorg, die behalve gezondheid ook de zelfverwerkelijking en het geluk van mensen kon garanderen.[3104] Onder invloed van de welzijnsideologie kreeg het streven naar preventie, dat vanaf het begin een rol speelde in de psychohygiënische beweging, een nieuwe impuls en bredere strekking. Met subsidie van het Ministerie van Maatschappelijk Werk waren al in 1961 de eerste preventiewerkers bij de BLGM's aangesteld. De Katholieke Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden in Maastricht en Heerlen waren de eerste instellingen die preventie-activiteiten opzetten, zoals voorlichting over seksualiteit, voorbehoedmiddelen, huwelijk en opvoeding.[3105] In de loop van de jaren zeventig en begin jaren tachtig liep het aantal preventiewerkers op tot ongeveer honderd.[3106] Voorkomen was beter dan genezen, zo stelde Trimbos, en naast de professionele hulpverleners zouden ook sleutelfiguren in de maatschappij, zoals huisartsen, onderwijzers, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters en geestelijken, een psychohygiënische taak moeten krijgen.[3107] Ook anderen pleitten voor een rol van leken bij de geestelijke gezondheidszorg: zielzorgers, onderwijzers, politie, reclasseringsambtenaren, vakbondsfunctionarissen, jeugdleiders en ook 'de kapper, de barkeeper, de portier, de loper van het ziekenfonds, de parkwachter, de taxichauffeur, de stallingbaas, de pedicure en de juffrouw van de wasserette' konden, alleen al door 'welwillend te luisteren een ondersteunend contact bieden' aan mensen die hun hart wilden luchten. Zij zouden ook kunnen dienen als informatiebron voor de beroepshulpverleners.[3108]

Ondanks dergelijke pleidooien voor een zekere deprofessionalisering door de inschakeling van leken, waren het toch vooral nieuwe beroepskrachten als andragogen, sociaal- en klinisch-psychologen, groeps- en opbouwwerkers, voorlichtingsdeskundigen en sociologen die zich toelegden op het bevorderen van psychosociaal welzijn, persoonlijke ontplooiing en assertiviteit. Hun deskundigheid moest ertoe bijdragen dat mensen weerbaarder werden en beter leerden omgaan met levensmoeilijkheden, conflicten, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, relaties, seksualiteit en opvoeding. Deze bevlogen sociale en agogische hulpverleners voerden verhitte discussies over de politieke implicaties van hun werk. Met cursussen, trainingen, gespreksgroepen en voorlichtingsactiviteiten richtten zij zich op risicogroepen in de samenleving, niet alleen om psychische problemen te voorkomen en hun weerbaarheid te vergroten, maar ook om

[3103] Lumey 1972, 471, 477.
[3104] Trimbos 1983 (1968); vergelijk De Goei 2001, 281-282.
[3105] Festen 1997 et al., 52; Van der Grinten 1979.
[3106] Van der Reijden 1984, 20.
[3107] Trimbos 1983 (1968); Trimbos 1970.
[3108] Van den Bergh et al. 1970, 40.

hun mondigheid en emancipatie te stimuleren. Zij wierpen zich op als voorvechters voor persoonlijke bevrijding op het gebied van godsdienst, moraal, relaties, seksualiteit, opvoeding en arbeid en voor de emancipatie van vrouwen, jongeren, buitenlandse werknemers, etnische minderheden en homoseksuelen.

Het nieuwe psychohygiënische en emancipatorische engagement bleef niet beperkt tot vaak links-georiënteerde hulpverleners en opinievormers in de geestelijke gezondheidszorg, maar vond, weliswaar in wat gematigder vorm, al gauw weerklank in beleidsinstanties en overheidsorganen, zoals de Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van CRM alsook de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De eerste regeringsnota over de geestelijke gezondheidszorg, die in 1970 uitkwam onder verantwoordelijkheid van Kruisinga, bevatte, geheel naar de geest der tijd, een pleidooi voor de psychohygiëne als onderdeel van een breder welzijnsbeleid. Het verhelpen van stoornissen was niet voldoende: het ging om de verhoging van 'de kwaliteit van het menselijk bestaan' door middel van de verwerkelijking van 'een optimaal psychisch functioneren', 'de ontplooiing van de menselijke persoonlijkheid' en 'tolerantie in de maatschappij' voor afwijkende meningen en gedragswijzen. Van groot belang voor de psychohygiëne zouden 'methoden voor "sensitivity training" met al zijn aftakkingen' zijn.[3109] Ook het Ministerie van CRM gaf blijk van groot vertrouwen in groeps- en psychotherapieën als middel om persoonlijke groei te bevorderen.[3110]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte in haar eerste verslag sinds 1936, dat de jaren 1969-1974 besloeg, met instemming gewag van 'een toenemende humanisering en vermaatschappelijking van de psychiatrische hulpverlening' en 'een verhoogd bewustzijn van de sociale functie van de g.g.z.'[3111] Niemand zal betwisten, zo was verder in het jaarverslag te lezen, dat

> de mate van geestelijke gezondheid voor een belangrijk deel wordt bepaald door de sociale en culturele omstandigheden van het individu en de gemeenschap. […] Het is een kwestie van mens- en maatschappijbeschouwing of men van mening is dat de mens zich dient aan te passen aan de bestaande maatschappelijke structuren of niet.

Ook benadrukte de Inspectie voortdurend het belang van preventie en samenwerking met de welzijnszorg ter vergroting 'van ontplooiingsmogelijkheden en psychische weerbaarheid van het individu' en 'het psychosociale welzijn van de bevolking'. Bijzondere aandacht vroeg zij voor achtergestelde en bedreigde risicogroepen: buitenlandse werknemers, (jeugdige) delinquenten, drugsgebruikers, homo- en pedofielen, vrouwen, in het bijzonder moeders met jonge kinderen in hoogbouw, werklozen, de laagstbetaalden, WAO-ers en mensen die niet mee konden komen in de competitie- en prestatiecultuur.[3112] De Inspectie kwalificeerde assertiviteitstrainingen als een veelbelovende methodiek voor de ambulante hulpverlening en liet zich in positieve

[3109] Kruisinga 1970, 1-2, 4, 13; vergelijk Dijkhuis 1970b.
[3110] Blok 2004, 47.
[3111] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 11, 13.
[3112] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 96, 99-100.

zin uit over de toenemende permissiviteit ten aanzien van nieuwe trends als het toenemende cannabisgebruik.[3113]

4.5.2. *De moraal van openheid en bespreekbaarheid*

Als het om maatschappelijk engagement en publieke moraal ging, lieten sommige gevestigde psychiaters zich niet onbetuigd. Nadat Trimbos begin jaren zestig taboes op het gebied van seksualiteit en geboorteregeling doorbroken had, sprak hij zich naar aanleiding van het congres *Te gek om los te lopen* uit voor een nieuwe taak voor de geestelijke gezondheidszorg: het bestrijden van intolerantie en discriminatie en de bevordering van emancipatie door middel van sociale actie en agogische ondersteuning.[3114] De psychiaters Weijel en Sengers vonden dat de geestelijke gezondheidszorg zich in het bijzonder bezig diende te houden met groepen wier emancipatie en maatschappelijke integratie door gebreken, rechteloosheid of sociale vooroordelen belemmerd werd, zoals vrouwen, kinderen, ouderen, homoseksuelen en delinquenten. Ook diende zij de verdraagzaamheid ten opzichte van alternatieve leefstijlen en samenlevingsvormen alsmede abortus, anticonceptie, pornografie en opiumgebruik te bevorderen.[3115]

In het vorige deel hebben we gezien dat psychiaters als Trimbos, A.L. Janse de Jonge, C. van Emde Boas en F.J. Tolsma samen met enkele geestelijken vanaf de jaren vijftig tegenover het ziekte- en zondedenken over homoseksualiteit een sociaalpsychologische benadering plaatsten waarin (zelf)acceptatie en maatschappelijke integratie voorop stonden. Vooral Trimbos' psychohygiënische deskundigheid, vermengd met een flinke dosis christelijk-humanistische ethiek, bleek een succesformule om in een vrij kort tijdsbestek een verandering in het morele klimaat te bewerkstelligen. Hij sloeg een verontschuldigende en bezorgde toon aan: behalve op het verantwoordelijkheidsbesef van homoseksuelen zelf deed hij een beroep op het mededogen en de medemenselijkheid van de Nederlandse bevolking. Het ging niet om zonde of ziekte, zo betoogde hij, maar om de betreurenswaardige maatschappelijke achterstelling en het psychische leed van een kwetsbare minderheid. Niet homoseksualiteit, maar discriminatie was schadelijk voor de geestelijke volksgezondheid. Deze benadering droeg er in sterke mate toe bij dat in het openbare debat de morele veroordeling van homoseksuelen steeds moeilijker was goed te praten en deze het stempel kreeg van onwetendheid en vooroordeel. [3116]

Katholieke en protestantse zielzorgers, die begin jaren zestig gespreksgroepen oprichtten voor gelovige homoseksuelen, gingen al gauw samenwerken. Met steun van de confessionele organisaties voor geestelijke gezondheidszorg kwam in 1965 een Werkgroep Pastorale Hulp aan Homofielen tot stand onder voorzitterschap van Trimbos. Pas nadat vanuit christelijke hoek een kentering op gang was gekomen, waren in neutrale kringen, zoals het overkoepelende Nederlands Gesprek Centrum en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH), nieuwe geluiden te horen - medemenselijkheid, persoonlijke ontplooiing, relatievorming, acceptatie en integratie waren ook hier de sleutelwoorden.[3117] In 1968 verscheen een themanummer van het *Maandblad voor de*

[3113] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 110; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 58.
[3114] Gersons 1990, 20-21, 24.
[3115] Van den Bergh et al. 1970.
[3116] Van Stolk 1991.
[3117] Van Emde Boas et al. 1965; Van Dantzig 1969.

Geestelijke Volksgezondheid over 'homofilie'. De redactie sprak de hoop uit dat de artikelen zouden bijdragen tot een verbetering van de maatschappelijke positie van homoseksuelen.[3118] Psychiaters die homoseksualiteit kwalificeerden als een neurotische ontwikkelingsstoornis en dachten dat ze deze konden genezen, zoals G.J.M. van den Aardweg, J.L. van Arndt en Bastiaans, konden op veel kritiek rekenen.

Eind jaren zestig werkte de katholieke psychiater Sengers de nieuwe benadering van homoseksualiteit verder uit in de vorm van zijn zelfaanvaardingstheorie, die toonaangevend werd in de geestelijke gezondheidszorg.[3119] Sengers, werkzaam bij de afdeling sociale psychiatrie en geestelijke hygiëne van de GG en GD in Rotterdam, stelde dat veel homoseksuelen met psychische moeilijkheden worstelden omdat zij zich tegen hun gerichtheid verzetten of deze onvolledig aanvaardden. De prijs die zij en indirect ook de samenleving daarvoor betaalden was hoog. Door innerlijke conflicten, die zich uitten in neurotisch gedrag, onzekerheid, angst en zelfhaat, functioneerden zij vaak niet goed in de samenleving en kwamen ze niet toe aan een gezonde zelfontplooiing en 'intermenselijke relatievorming'.[3120] De klachten waren het beste te verhelpen als homoseksuelen in het reine kwamen met hun geaardheid en deze niet krampachtig voor de buitenwereld verborgen, maar evenwichtig in hun leven integreerden. Een vaste relatie was de bekroning van volledige zelfaanvaarding en betekende dat er geen wezenlijk verschil met heteroseksuelen meer was. Zelfaanvaarding was niet alleen voorwaarde voor de psychische gezondheid en zelfontplooiing van individuele homoseksuelen, aldus Sengers, maar zou tezamen met voorlichting ook bijdragen tot meer tolerantie in de samenleving. Homoseksuelen die zichzelf niet volledig aanvaardden, leidden vaak een onwaarachtig dubbelleven en gaven zich over aan vluchtig, anoniem seksueel verkeer in het subculturele getto, dat nooit werkelijke bevrediging kon geven en dat hun isolement en eenzaamheid alleen maar versterkte. Dergelijk gedrag zou discriminatie oproepen. Maatschappelijke achterstelling en psychische nood waren in deze redenering twee kanten van dezelfde munt.

Met steun vanuit de neutrale en confessionele geestelijke gezondheidszorg, het COC en het Ministerie van CRM kwam in 1968 ten behoeve van de psychosociale hulpverlening een speciaal 'consultatiebureau voor homofilie' van de Jhr. Mr. J.A. Schorerstichting tot stand, dat was gemodelleerd naar het BLGM.[3121] De succesvolle emancipatie van homoseksuelen maakte plannen voor een landelijk net van aan BLGM's gekoppelde consultatiebureaus echter overbodig.[3122] In hetzelfde jaar pleitte de NFGV bij de Minister van Justitie voor de koninklijke goedkeuring van het COC en stelde zij een memorandum op dat aandrong op schrapping van artikel 248bis: ook homoseksuele minderjarigen hadden recht op seksuele ontplooiing.[3123] De psychiaters Trimbos en M. Zeegers hadden zitting in de in 1967 ingestelde commissie van de Gezondheidsraad die de Minister van Justitie adviseerde over de afschaffing van het wetsartikel, die in 1971 tot stand kwam. Opvallend is hoezeer de confessionelen een voorhoederol vervulden in het bespreekbaar maken van homoseksualiteit. Vooral Trimbos en zijn confessionele geestverwanten schiepen in

---

[3118] Redaktie *Maanblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* 1968.
[3119] Soesbeek 1982; Groenendijk 1987.
[3120] Sengers 1969, 186; vergelijk Sengers 1967, 231 en Sengers 1968.
[3121] Van Praag 1969; Van den Boogaard 1991.
[3122] Trimbos 1983.
[3123] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969a en Nationale Fedetatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969b.

belangrijke mate de ruimte waarin de homobeweging in het midden van de jaren zestig in de openbaarheid kon treden. Aangezien zij voor de door de confessionelen gedomineerde regering respectabele gesprekspartners waren, oefenden zij een belangrijke invloed uit op het overheidsbeleid.

Psychiaters zetten ook andere voorheen nauwelijks bespreekbare onderwerpen op de maatschappelijke agenda, zoals het lijden van oorlogsslachtoffers, euthanasie, abortus en drugs. Zoals we eerder zagen, bestond in de wederopbouwperiode betrekkelijk weinig publieke aandacht voor de slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog, zoals de overlevenden van de concentratiekampen in Europa en voormalig Nederlands-Indië alsook verzetsstrijders.[3124] Alleen in de spreekkamer van psychiaters vonden zij een luisterend oor, waardoor hun problemen hoofdzakelijk in verband werden gebracht met hun individuele levensgeschiedenis en persoonlijke kenmerken. Bastiaans deed al in de jaren vijftig onderzoek naar de psychosomatische klachten van voormalige leden van het verzet in verband met de uitkering van een bijzonder pensioen. Aan het maatschappelijk stilzwijgen kwam evenwel pas een eind toen de Amsterdamse psychiater E. de Windt er in 1966 op wees dat joodse overlevenden van concentratiekampen vanwege hun onverwerkte oorlogservaringen met ernstig psychisch leed kampten. Drie jaar later introduceerde de huisarts E.A. Cohen in een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* het begrip 'post-concentratiekampsyndroom'. Hij gaf aan dat de late psychische gevolgen van de oorlog verband hielden met de verdringing van de toenmalige belevenissen. In krantenartikelen bracht hij deze inzichten onder de aandacht van het bredere publiek.[3125] De psychiater P.Th. Hugenholtz, medisch adviseur van de Stichting 1940-1945, betoogde kort daarop in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat ook verzetsdeelnemers gebukt gingen onder psychosomatische klachten. Bij de toekenning van oorlogspensioenen werd volgens hem te weinig rekening gehouden met de geestelijke schade die zij tijdens de Duitse bezetting hadden opgelopen.[3126]

In opdracht van de NFGV vervaardigde L. van Gasteren in 1969 de documentaire *Begrijp je waarom ik huil?* over de psychotherapeutische behandeling van oorlogstrauma's door Bastiaans. Naar aanleiding van het debat over de mogelijk vervroegde vrijlating van drie Duitse oorlogsmisdadigers, die in Breda hun gevangenisstraf uitzaten, verscheen deze film in 1972 op de televisie, gevolgd door een discussie waaraan vier psychiaters - Bastiaans, Hugenholtz, Weijel en D. van Tol - deelnamen. Onder invloed van deze uitzending, waarbij kijkers voor het eerst telefonisch geestelijke bijstand konden inroepen, kregen het publiek en politici oog voor het psychisch leed van oorlogsslachtoffers. Eerder hadden Bastiaans en de psychiater Musaph zich in een parlementaire hoorzitting al uitgesproken tegen vrijlating van 'de Drie van Breda'. Hoewel andere vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de directeur van het NCGV en ex-verzetsman J. le Poole, de psychiater Lumeij en de voorzitters van de vier landelijke Bureaus voor Geestelijke Volksgezondheid zich juist uitspraken voor de vrijlating van de Drie van Breda, werd deze op de lange baan

---

[3124] Zie 3.5.1. Oorlogspsychosen en - neurosen. Over de publieke aandacht hiervoor en de psychiatrische hulpverlening aan oorlogsslachtoffers in de jaren zestig en zeventig: Haans 1983; De Haan 1997a; Withuis 2001; Mooij 2001.
[3125] Withuis 2002, 34-35.
[3126] Withuis 2002, 46-50.

geschoven om tegemoet te komen aan de heftige emoties die de discussie erover opriep.[3127] In het publieke debat en de politieke besluitvorming wogen psychiatrische en psychologische argumenten zwaarder dan de juridische. Daardoor raakten de voorstanders van vrijlating in het defensief.[3128]

Er kwamen ook aparte voorzieningen om getroffenen zowel psychologische als materiële ondersteuning te bieden. De Sinai-kliniek te Amersfoort, het enige Joodse psychiatrische ziekenhuis in Europa, behandelde veel patiënten met oorlogstrauma's. Vanaf 1973 konden ze voor specialistische psychiatrische (dag)behandeling terecht in het Centrum '45 te Leiden. In hetzelfde jaar trad de Wet Uitkeringen Vervolgingsslachtoffers 1940-1945 in werking, waarop joodse en in het voormalig Nederlands-Indië vervolgden een beroep konden doen. In 1979 richtte de overheid de Stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen op ten einde de deskundigheid te bevorderen op het gebied van de psychische oorlogsgevolgen. Vanaf 1983 vervulde ook de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Amsterdam een belangrijke functie in de behandeling van oorlogstrauma's.[3129] Binnen de geestelijke gezondheidszorg bestonden verschillende opvattingen over de wijze waarop vervolgingsslachtoffers het beste waren te helpen: door middel van een 'individualiserende' psychiatrische behandeling of een meer sociale benadering in de vorm van maatschappelijke acties ter ondersteuning van de belangen van de lijders, zoals materiële compensatie voor de naoorlogse miskenning van het lijden, bevordering van onderlinge steun en solidariteit en op maat gesneden categorale zorg zoals Centrum '45 die bood.[3130]

Het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* bracht ter gelegenheid van de opening van Centrum '45 een themanummer uit dat alle huisartsen en psychiaters in Nederland kregen toegestuurd. Psychiaters belichtten daarin de fenomenen oorlogstrauma en (post)concentratiekampsyndroom, die niet alleen joodse overlevenden en verzetsstrijders, maar ook andere groepen zoals krijgsgevangenen, geïnterneerden in het voormalige Nederlands-Indië en onderduikers konden treffen. In de loop van de jaren zeventig en tachtig werd het begrip oorlogsslachtoffer aan de hand van de diagnose posttraumatische stressstoornis steeds verder opgerekt en ook van toepassing verklaard op de kinderen van vervolgde en vermoorde joden, van verzetsstrijders en van NSBers, kinderen uit de Japanse interneringskampen in Nederlands-Indië, burgerslachtoffers, partners van oorlogsgetroffenen en 'bevrijdingskinderen'. Zo bracht de psychiater H. Keilson in zijn dissertatie *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern* (1979) de psychische problemen van joden die als kind de oorlog hadden overleefd, onder de aandacht. Traden aanvankelijk vooral psychiaters als zaakwaarnemers op, vanaf de jaren zeventig gingen de betrokkenen steeds meer voor zichzelf spreken en kwamen hun meningen en gevoelens prominenter in beeld in debatten en bij beslissingen over uitkeringsregelingen. In de jaren tachtig en negentig ontstond een wijd vertakt netwerk van zelfhulpgroepen, verenigingen en bijeenkomsten van diverse oorlogsgetroffenen, allen op zoek naar erkenning van hun slachtofferschap.

Niet alleen de belevenissen tijdens de oorlog zelf, maar ook het gebrek aan opvang en het publieke stilzwijgen en de miskenning van het oorlogsleed in de

---

[3127] Withuis 2002, 44-45.
[3128] Piersma 2005.
[3129] Meijering 1978; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 136-137, 145-148; Withuis 2002, 42-57.
[3130] De Haan 1997a, 145.

wederopbouwjaren, waardoor veel betrokkenen hun traumatische ervaringen hadden moeten verdringen, was uitermate schadelijk geweest voor hun geestelijke welzijn, zo betoogden psychiaters. Daarom waren de Nederlandse samenleving en overheid medeverantwoordelijk voor het individuele leed van de getroffenen en hadden zij de morele plicht dit te verlichten, niet alleen met materiële steun, maar ook door ruimte te scheppen voor de expressie van hun gevoelens en door het begrip ervoor te bevorderen. De slachtoffers mochten niet opnieuw in de steek worden gelaten.[3131] Tegen de achtergrond van de verheffing van de oorlog tot maatschappijkritisch moreel ijkpunt - de heerschappij van de nazi's bewees hoe gevaarlijk volgzaamheid en gezagsgetrouwheid konden zijn - bleek deze psychiatrische argumentatie uitermate effectief in het streven naar maatschappelijke erkenning van de rechten van oorlogsslachtoffers, net zoals de acceptatie van homoseksuelen was bevorderd door de aandacht te vestigen op hun kommer en kwel en deze als sociale misstand aan de kaak te stellen.[3132] Bovendien zorgde de psychiatrische optiek ervoor dat de politieke verdeeldheid onder de diverse oorlogsslachtoffers en verzetsstrijders naar de achtergrond verdween. Wat zij nu allen deelden was immers het slachtofferschap en het (psychische) lijden dat daarvan het gevolg was.[3133]

Het zou niet de laatste keer zijn dat achtergestelde groepen en hun zaakwaarnemers psychisch leed inzetten ten einde de publieke opinie aan hun kant te krijgen en hun belangen en rechten te verwezenlijken. Wie erin slaagde duidelijk te maken door maatschappelijke misstanden in het geestelijk welzijn te zijn aangetast, kon in Nederland over het algemeen rekenen op welwillende publieke aandacht en hulp van de overheid.[3134] Welke morele status en emotionele geladenheid de oorlog had gekregen bleek uit de commotie die ontstond toen verworven rechten ter discussie werden gesteld. In 1985 stelde de regering de Commissie ter Vereenvoudiging en Coördinatie van de Wetten voor Oorlogsgetroffenen (commissie Van Dijke) in om meer orde te scheppen in het oerwoud van wetten en regelingen dat op dit terrein was ontstaan. Op verzoek van deze commissie verrichtten twee Rotterdamse hoogleraren psychiatrie, L. Pepplinkhuizen en W.J. Schudel, een literatuuronderzoek naar het verband tussen oorlogservaringen en zich later manifesterende trauma's. Aangezien dat verband vaak twijfelachtig zou zijn, stelden de hoogleraren voor om de omgekeerde bewijslast op te heffen. Terwijl volgens de bestaande regels een uitkering alleen kon worden geweigerd als was aan te tonen dat de ziekte of invaliditeit niet samenhing met de oorlog, zouden aanvragers nu moeten bewijzen dat hun klachten er daadwerkelijk door waren veroorzaakt. Dit voorstel bracht veel ongerustheid in kringen van oorlogsslachtoffers en het voormalige verzet teweeg en riep felle protesten op, onder anderen van de psychiaters Van Dantzig, Bastiaans, Musaph en Zeegers. Ook de NVP nam stelling tegen de aanbevelingen van Pepplinkhuizen en Schudel: hun studie zou ingrijpende wijzigingen in regelgeving niet rechtvaardigen. Er bleek geen draagvlak te zijn voor een aanscherping van het uitkeringsbeleid voor oorlogsslachtoffers.[3135]

[3131] Withuis 2002, 118-122; vergelijk Piersma 2005.
[3132] Withuis 2002, 57-61; vergelijk Tonkens 1999, 51; Von der Dunk 1986.
[3133] Withuis 2005.
[3134] Zahn 1989, 185, 220; Withuis 2002, 118.
[3135] Engelsman et al. 1989; Werkgroep Oorlogswetten van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1987, 656.

Niet alleen bij de maatschappelijke erkenning van oorlogsslachtoffers speelden psychiaters een toonaangevende rol. Enkelen van hen, zoals Trimbos, Van Tol, Van den Hoofdakker en bovenal Van den Berg, leverden ook belangrijke bijdragen aan de discussie over euthanasie, die aan het eind van de jaren zestig op gang kwam en in de jaren tachtig resulteerde in een vanuit internationaal perspectief grote openheid en liberale praktijk.[3136] In zijn pleidooi voor het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, *Het bolwerk van de beterweters* (1969), stelde Van den Hoofdakker dat dit ook betrekking diende te hebben op de vraag of medici wel of niet behandelingen moesten toepassen die geen verbetering bewerkstelligden, maar het leven alleen maar rekten. In hetzelfde jaar publiceerde Van den Berg zijn *Medische macht en medische ethiek*, waarin hij betoogde dat de voortschrijdende medische technologie de communicatie tussen artsen en patiënten en de beslissingsruimte van de laatsten ondermijnde. Hij vond dat zij als mondige mensen het recht moesten krijgen om voor euthanasie te kiezen als zij verder leven niet meer zinvol achtten.[3137] Het boek, dat de toepassing van euthanasie als een min of meer onvermijdelijke moderne ontwikkeling op de maatschappelijke agenda zette, werd een bestseller: binnen zeven jaar beleefde het twintig herdrukken. Aanvankelijk ging het in de discussie over euthanasie voornamelijk om uitzichtloos en ondraaglijk lichamelijk lijden, maar later kwam de vraag aan de orde in hoeverre psychisch leed actieve levensbeëindiging kon legitimeren. De NVP stelde zich in 1981 op het standpunt dat ernstig lijdende psychiatrische patiënten met weinig of geen hoop voor verbetering ook in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor euthanasie, een gezichtspunt dat Trimbos al eerder had verdedigd in de Staatscommissie Euthanasie en dat aansloot bij de jurisprudentie op dit terrein, die geen principieel onderscheid maakte tussen somatisch en psychisch lijden.[3138] Al in 1969 had de Leidse hoogleraar sociale psychiatrie Speijer een studie gewijd aan 'het zelfmoordvraagstuk'. Weliswaar wilde hij het taboe hierop doorbreken, maar hij ging niet zover dat hij wilde spreken van een recht op zelfmoord. Zijn boodschap was dat een grotere bespreekbaarheid van zelfmoord zou bijdragen aan een betere hulpverlening ter voorkoming van suïcidepogingen.[3139] Ook van Ree, die zelf hulp verschafte bij een aantal suïcides, pleitte vanaf het eind van de jaren zeventig voor meer openheid over zelfmoord, met name in psychiatrische ziekenhuizen. In zijn eigen instelling, Vogelenzang, leidden zelfmoorden naar zijn zeggen vaak tot ’ijzige stilte’: ‘er werd gezwegen. […] Een ijskelder omhulde mij. Ik haatte die verhulling […] Nog zie ik die strakke gezichten met de dunne, samengeknepen lippen!’[3140]

In 1984 stelde de Hoge Raad dat artsen die euthanasie pleegden zich konden beroepen op overmacht in de zin van onaanvaardbaar en uitzichtloos lijden van de patiënt, mits zij voldeden aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Van de kant van de patiënt moest sprake zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en een duurzaam verlangen naar de dood en artsen dienden overleg te plegen met collega's. De NMG en de Staatscommissie Euthanasie onderschreven deze uitspraak in 1984 en 1985. Hoewel de jurisprudentie geen principieel verschil maakte tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding,

---

[3136] Hendin 1996; Kennedy 2002.
[3137] Van den Berg 1969.
[3138] Le Poole 1988.
[3139] Speijer 1969.
[3140] Van Ree 2007, 302, 304; vergelijk Van Ree 1983.

lag dat laatste gevoeliger in medische kring.[3141] In 1987 wees de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten categorisch af, omdat het twijfelachtig zou zijn dat zij vrijwillig en weloverwogen een beslissing daartoe zouden kunnen nemen en het bij psychische stoornissen moeilijk was om vast te stellen of er sprake was van duurzaam lijden. Dit standpunt stuitte op veel kritiek: er zou sprake zijn van rechtsongelijkheid tussen somatische en psychiatrische patiënten en het vermeende onvermogen van de laatsten om hun wil te bepalen werd betwist. In 1993, toen de Tweede Kamer een wettelijke regeling van euthanasie goedkeurde, kwam de Inspectie terug op haar standpunt en gaf zij toe dat er situaties denkbaar waren waarin psychiatrische hulp bij zelfdoding was te rechtvaardigen.

Mede naar aanleiding van een rapport van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en de zaak Chabot trok hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten begin jaren negentig veel publieke aandacht. De vereniging achtte hulp bij zelfdoding ook toelaatbaar als er wel een behandeling beschikbaar was die het lijden zou kunnen wegnemen of verminderen en als de patiënt deze weigerde. De Rechtbank te Assen bepaalde in 1995 dat de hulp die de psychiater B.E. Chabot had verleend aan een vrouw, die vanwege haar psychische lijden in verband met tragische familieomstandigheden een eind aan haar leven maakte, vanwege de 'noodtoestand' toelaatbaar was. De Hoge Raad vernietigde deze uitspraak en veroordeelde hem alsnog zonder een straf op te leggen en het Medisch Tuchtcollege berispte hem omdat niet ondubbelzinnig zou zijn vastgesteld dat de patiënt onbehandelbaar en haar lijden uitzichtloos en ondraaglijk was. Chabot was van mening dat psychiaters te weinig deden voor mensen die dood wilden wegens hun ernstige geestelijk lijden.[3142] De NVP trad in 1992 met een standpunt naar buiten: voor psychisch en somatisch lijden zouden dezelfde regels moeten gelden en geestesziekte zou een autonome wilsbeschikking niet uitsluiten. Sommige psychiaters hadden hierbij bedenkingen. F. Asmus en R. Schoevers waarschuwden ervoor het begrip onbehandelbaarheid in de psychiatrie en de somatische geneeskunde niet over een kam te scheren: in de psychiatrie en met name in psychotherapeutische hulpverlening zou moeilijker dan bij lichamelijke ziekte zijn vast te stellen of er sprake was van onbehandelbaar en ondraaglijk lijden.[3143] Een onderzoek van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie wees in 1991 overigens uit dat hulp bij zelfdoding uitsluitend wegens psychisch lijden vrij zelden voorkwam.[3144]

Verder speelden psychiaters een belangrijke rol in de maatschappelijke debatten over abortus en drugs. Al vanaf de jaren twintig waren zij betrokken bij de medische indicatiestelling voor abortus provocatus. Wettelijk was deze ingreep verboden, maar artsen hadden een zekere ruimte om zwangerschappen op medische indicatie af te breken. Daarbij ging het niet alleen om het leven en de lichamelijke gezondheid van de vrouw, maar ook om psychische moeilijkheden en ongunstige sociale omstandigheden. De psychiatrische indicatie, die al voor de oorlog toepassing vond, werd in de jaren veertig op basis van jurisprudentie gelegitimeerd.[3145] Van een publiek debat over abortus was

---

[3141] Legemaate 1993.
[3142] Langelaan 2002a; Lucieer 2005, 291-292.
[3143] Asmus en Schoevers 1995.
[3144] Lucieer 2005, 151-152.
[3145] De Bruijn 1979, 110, 167.

echter geen sprake. Van Emde Boas was vóór de jaren zestig een van de weinige artsen die abortus ter sprake brachten. Al in 1952 had hij bij de NVSH een boek over abortus gepubliceerd, waarin hij een pragmatische benadering voorstond. Op basis van zijn ervaring in het Aletta Jacobshuis wist hij te melden dat abortus tamelijk veel voorkwam als gevolg van het falen van anticonceptiemethoden als coïtus interruptus en periodieke onthouding. Betere voorbehoedmiddelen zouden volgens Van Emde Boas bijdragen tot een terugdringing van abortus provocatus.[3146] Met dit standpunt ging hij in tegen de gangbare opvatting volgens welke anticonceptie en abortus op één lijn stonden. Nadat de hoogleraar strafrecht C.J. Enschedé in 1966 een artikel had gepubliceerd waarin hij erop wees dat abortus op medische indicatie niet strafbaar was - veel artsen waren hier blijkbaar niet van op de hoogte - gaven Van Emde Boas en de gynaecoloog G.J. Kloosterman hieraan brede bekendheid in het VARA-televisieprogramma *Achter het Nieuws*. Hoewel Kloosterman principiële bezwaren had tegen abortus verklaarde hij:

> Een arts in Nederland die iemand graag wil helpen en meent dat hij daar zeer goede motieven voor heeft, die kán iemand helpen […] Ik geloof dat het heel belangrijk is dat iedere arts beseft dat in Nederland de wet zo is, dat alles mogelijk is op dit gebied, mits de arts er met volle overtuiging achter staat en bereid is daar ook getuigenis van af te leggen in het openbaar.[3147]

Als gevolg van deze uitzending werden artsen overstroomd met patiënten die om abortus verzochten. In hetzelfde jaar stelden verschillende ziekenhuizen abortusteams in om de noodzaak voor de ingreep te beoordelen; behalve gynaecologen en huisartsen kregen ook psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers zitting in deze commissies. Terwijl met name gynaecologen zich terughoudend opstelden, stonden vooral de laatste drie beroepsgroepen een verruiming van de mogelijkheden tot de ingreep voor. In de praktijk verschoof het accent van 'nee, tenzij' naar 'ja, tenzij'.[3148] De Haarlemse psychiater Chabot was een van de eersten die zich openlijk uitspraken voor een liberaler beleid op dit terrein. Volgens hem zouden de rechten van de vrouw en niet die van de ongeboren vrucht de doorslag moeten geven.[3149] De Rotterdamse hoogleraar psychiatrie Ladee verklaarde in 1969 dat vrouwen die om abortus verzochten, vrijwel altijd met psychische moeilijkheden kampten en hij pleitte voor een vergroting van hun zeggenschap. Een dergelijke opvatting betekende een verruiming van de medische indicatie: het sociale welbevinden van de vrouw werd meegewogen in de beslissing tot de ingreep.[3150] Een andere Rotterdamse psychiater, C.Th. van Schaik, speelde een belangrijke rol bij de oprichting in 1969 van de Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking (Stimezo), die een aantal abortusklinieken ging exploiteren om aan de toenemende vraag te voldoen.

Terwijl vanuit feministische kring werd gepleit voor abortusvrijheid op basis van het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, kwam de afdeling psychiatrie van de NVPN in 1970 onder voorzitterschap van Trimbos met een standpunt, nadat een adviescommissie,

---

[3146] Ketting 1978, 110.
[3147] De Bruijn 1979, 182.
[3148] Ketting 1978, 74-80; Outshoorn 1986, 123.
[3149] Chabot 1968.
[3150] Outshoorn 1986, 123, 139.

waarin onder anderen Van Dantzig en Van Emde Boas zitting hadden, zich over dit onderwerp hadden gebogen. Op basis van de bevindingen van de commissie sprak de NVPN zich uit voor decriminalisering van abortus mits aan een aantal voorwaarden, waaronder deskundige begeleiding, was voldaan. Ook pleitte de commissie voor een grotere openheid en bespreekbaarheid in zowel de medische wereld als de maatschappij, niet alleen met betrekking tot abortus, maar ook op het gebied van seksualiteit en anticonceptie – hierdoor zou de frequentie van de ingreep afnemen. Het meest opmerkelijke was de opvatting van de commissie dat abortus niet moest worden gereduceerd tot een medische en morele kwestie: er moest meer ruimte komen voor het perspectief van de vrouw en er diende met haar ontplooiingsmogelijkheden rekening te worden gehouden.[3151]

Van Dantzig, die in het Amsterdamse Wilhelminaziekenhuis zitting had in een abortusteam, ging nog een stap verder door de deskundige begeleiding die het moest bieden als betuttelend van de hand te wijzen en zich onomwonden uit te spreken voor het zelfbeslissingsrecht van de vrouw.[3152] Ook Ladee betoogde inmiddels dat abortusteams alleen nodig waren in bijzondere gevallen en dat zwangerschapsonderbreking een normale medische behandeling was, waarover de vrouw zelf zeggenschap diende te hebben.[3153] In het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* werd begin jaren zeventig gepleit voor een 'permissief abortusbeleid', dat in het belang van de geestelijke volksgezondheid zou zijn.[3154] Het wetsontwerp dat de regering in 1979 indiende, lag in het verlengde van wat de NVP(N) voorstond. Het besluit tot abortus zou door de arts en de vrouw samen na zorgvuldige overweging en met het nodige verantwoordelijkheidsbesef van beiden moeten worden genomen.[3155] Nadat Minister van Justitie A.A.M. van Agt in de jaren zeventig een loopgravenoorlog tegen de liberale medische praktijk had gevoerd, keurde het Nederlandse parlement in 1981 een wetswijziging goed, die abortus op medisch-sociale gronden toestond onder voorwaarde van overleg tussen arts en vrouw en een bedenktijd van vijf dagen.

Toen in de jaren zestig onder invloed van de tegencultuur het drugsgebruik onder jongeren toenam en vooral hasj en marihuana wijd verbreid raakten, toonden justitie en de autoriteiten op het terrein van de volksgezondheid zich aanvankelijk voorstander van een repressief beleid. Aansluitend bij het feitelijke gedoogbeleid in enkele grote steden, kwamen vanuit de hoek van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg echter al gauw pleidooien voor minder bestraffing en meer hulpverlening. In 1968 wijdde het PvdA-orgaan *Socialisme en democratie* een themanummer aan drugs waarin de hoogleraren Kuiper en Ladee en de psychiater P.J. Geerlings een genuanceerd standpunt innamen; ze keurden het recreatief gebruik van (hard)drugs weliswaar niet goed, maar toonden wel begrip voor de alternatieve jeugdcultuur waarin dat plaatsvond. F. van Ree, die met zijn omarming van de tegencultuur en uitgesproken standpunten een controversieel psychiater was, publiceerde in de jaren zeventig regelmatig over drugsgebruik, waarin hij aan de hand van onderzoek vanuit de psychedelische beweging de gangbare afwijzing ervan bekritiseerde. In 1964 was hij aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam

---

[3151] Van Dantzig et al. 1970; vergelijk Ketting 1978, 82-83; Outshoorn 1986, 179-180.
[3152] Le Poole 1988; Van Dantzig 1972.
[3153] Ladee 1970.
[3154] Veenhoven 1972, 188.
[3155] De Bruijn 1979, 229; vergelijk Schnabel 1981a, 163.

gepromoveerd op een experimenteel onderzoek naar de werking van LSD bij proefpersonen. Zijn uitgangspunt was dat de hallucinaties onder invloed van dit roesmiddel overeenkomsten vertoonden met psychotische toestanden. Van Ree gebruikte zelf ook LSD om zo tot een beter begrip te komen voor de belevingswereld van zijn psychotische patiënten.[3156] Enkele andere psychiaters, G.W. Arendsen Hein, C.H. van Rhijn, Bastiaans, C.J. Schuurman en F.J. Bröcker dienden hun patiënten LSD en andere geestverruimende chemische preparaten toe als onderdeel van (psycho)therapeutische behandelingen.[3157]

Werkgroepen van de NFGV en het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, die zich eind jaren zestig over de drugsproblematiek bogen, pleitten voor decriminalisering en uitbreiding van de psychosociale hulpverlening. De Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Justitie stelden in 1968 de Werkgroep Verdovende Middelen in, die in 1970 onder voorzitterschap kwam van Baan, Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. Nadat de commissie was uitgebreid met vertegenwoordigers van het Ministerie van CRM, onder wie de psychiatrisch adviseur van dit ministerie, D. Zuithoff, tekende zich een meerderheid af voor decriminalisering en demedicalisering van soft drugs. De gezondheidsrisico's zouden gering zijn. De werkgroep drong aan op een onderscheid tussen hennepproducten en harddrugs alsmede tussen handel en consumptie. Verder zou een verantwoorde begeleiding van drugsgebruik door middel van hulpverlening en voorlichting, zonder dwang, op zijn plaats zijn. Evenals Van Ree plaatste de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid cannabis op één lijn met alcohol en tabak en pleitte zij voor een integratie van drugsconsumptie in de maatschappij ter voorkoming van stigmatisering van gebruikers.

In de geestelijke gezondheidszorg won een sociaal-psychologische benadering aan invloed: drugsgebruik werd in verband gebracht met ofwel de jeugdcultuur ofwel met ongunstige maatschappelijke omstandigheden.[3158] In 1976 paste de regering de Opiumwet aan de veranderde maatschappelijke praktijk en het feitelijke gedoogbeleid aan: het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor eigen gebruik gold niet langer als misdrijf, maar als overtreding. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg kwam een pleidooi voor een medische en sociale aanpak van harddrugsverslaafden. In Amsterdam was de Jellinekkliniek al in 1968 begonnen met de verstrekking van methadon aan heroïneverslaafden. Met de zogenaamde Methadonbrief, die de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1981 aan alle artsen stuurde, kreeg deze

---

[3156] Van Ree 2007, 21-33, 81-91. Al in 1947 liet J.H. van den Berg zich mescaline toedienen om kunstmatig psychotische verschijnselen op te wekken, waarover hij in 1951 in de vakliteratuur verslag uitbracht. In 1997 ondertekende Van Ree een open brief waarin werd gepleit voor legalisering van harddrugs, waarbij hij liet weten dat hij zelf XTC had uitgeprobeerd. Zie Snelders 2000, 216-218, 229.

[3157] Snelders 2000, passim. Het toenemende gebruik van dergelijke middelen vanaf de tweede helft van de jaren zestig buiten de medische wereld en de associatie van drugs met de alternatieve jeugdcultuur alsook het gevaar van verslaving leidden er in 1966 toe dat LSD en enkele andere hallucinogenen onder de Opiumwet kwamen te vallen. Psychiaters moesten voortaan verlof aanvragen bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid voor het therapeutische gebruik ervan. Van Rhijn, Arendsen Hein en Bastiaans vroegen en kregen die toestemming.

[3158] De Kort 1995, 179-197, 206, 225, 264-266, 277; Cohen 1968; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1970; Heerma van Voss 1976, 326.

benadering min of meer officiële ruggesteun. Het voornemen van de gemeente Amsterdam om heroïne aan verslaafden te verstrekken ging de Inspectie echter te ver.[3159]

Psychiaters slaagden er in de jaren zestig en zeventig in om voorheen verzwegen en gevoelige kwesties bespreekbaar te maken. Enerzijds knoopten ze daarbij aan bij waarden die hervormingsgezinde psychohygiënisten al in de jaren vijftig hadden uitgedragen, anderzijds omarmden zij de democratiserings- en emancipatiecultuur van de jaren zeventig. Bespreekbaarheid en openheid maakten een eind aan taboes en schijnheiligheid en effenden de weg voor begrip, tolerantie en bevrijding, maar vereisten tegelijkertijd verantwoordelijkheidsbesef, een gewetensvolle standpuntbepaling, een oprecht gemeende uitwisseling van argumenten en de bereidwilligheid van mensen om naar elkaar te luisteren en om zich in elkaar te verplaatsen. In 'een wereld van mondige mensen', aldus Van den Hoofdakker, kon de arts en vooral de psychiater alleen goed functioneren door oude gedragspatronen, vooroordelen en overgeleverde morele voorschriften ter discussie te stellen en dat was alleen mogelijk door te 'praten, praten, praten'.[3160]

De moraal van openheid en bespreekbaarheid, die in Nederland de basis ging vormen van het gedoogbeleid op het gebied van seksualiteit, euthanasie, abortus, prostitutie en drugs, was in de psychiatrische gedachtegang het tegendeel van vrijblijvendheid. Het ging erom heimelijk misbruik van vrijheden tegen te gaan en deze zorgvuldig, in goed vertrouwen, in nauw onderling overleg met inspraak van de betrokkenen en onder deskundige begeleiding te beheersen en te kanaliseren. In een open en egalitaire samenleving zouden mondige, tolerante en maatschappelijk betrokken burgers in staat moeten zijn de waarheid onder ogen te zien, een rationele afweging te maken, gedetailleerde regelgeving flexibel toe te passen, hun emoties te reguleren, door middel van onderhandeling en begrip tot weloverwogen beslissingen te komen en daarover in de openbaarheid verantwoording af te leggen. In zowel ethisch als psychologisch opzicht stelde deze publieke moraal, die nauw aansloot bij het psychotherapeutische ethos, hoge eisen aan mensen. Weliswaar was 'burgerlijk' bijkans een scheldwoord geworden in de jaren zestig en zeventig, maar het ontbrak de pleitbezorgers van het democratiserings- en emancipatiestreven met hun hoge maatstaven ten aanzien van het samenleven van Nederlanders zeker niet aan bevlogen burgerzin. Burgers dienden mondig te zijn en zelf de volle verantwoordelijkheid te nemen voor hun bestaan. Ondanks de nadruk die veel psychiaters en andere hulpverleners legden op de invloed van de sociale omgeving, veronderstelden zij dat mensen ervoor konden kiezen om zichzelf vrij te maken en zichzelf te ontplooien.[3161]

[3159] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985.
[3160] Van den Hoofdakker 1971 [1970], 50.
[3161] Van den Bergh et al. 1970, 15, 19, 22, 26; Zahn 1989, 52; Hendin 1996, 134, 136; Vandermeersch 1990, 63, 66; De Rooy 2001, 240; Kennedy 2002; Blok 2004, 39, 47, 165, 204; Kennedy 2005, 17.

4.6. De ambulante geestelijke gezondheidszorg: expansie en reorganisatie

4.6.1. *Groei en bloei van de ambulante voorzieningen*

In de jaren vijftig en zestig hadden de ambulante voorzieningen een geleidelijke, maar relatief bescheiden groei doorgemaakt en was hun omvang vergeleken met die van de intramurale psychiatrie klein, maar vanaf omstreeks 1970 was de uitbreiding explosief. Terwijl de totale uitgaven voor de ambulante sector rond 1950 ongeveer 2,5 miljoen gulden per jaar bedroegen, stegen deze tussen 1965 en 1980 van rond de 20 naar ongeveer 350 miljoen gulden.[3162] Het aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1950 en 1980 toe van hooguit 200 naar meer dan 3.000.[3163] Meer en grootschaliger professionele voorzieningen die steeds grotere aantallen cliënten bedienden - dat was de overheersende trend in de jaren 1965-1981. De door de protestbewegingen van de jaren zestig geïnspireerde kritiek op het paternalisme van deskundigen en de vermeende ondemocratische verhoudingen in de hulpverlening verhinderden geenszins dat steeds meer mensen voor hun persoonlijke moeilijkheden psychosociale, psychotherapeutische en psychiatrische hulp zochten. Deze ontwikkeling was overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg. De jaren zeventig gaven meer in het algemeen een aanwas en verhoogde activiteit te zien van dienstverlenende beroepen: naast medici, psychologen en maatschappelijk werkers ook juristen. De verhoudingen tussen burgers onderling en tussen burgers en de overheid werden in toenemende mate geformaliseerd en in contracten vastgelegd. Wat hierdoor ook werd bevorderd was het belang van verbale vaardigheid in het maatschappelijk verkeer.[3164]

Het stijgende aanzien van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kwam tot uitdrukking in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg*. Terwijl tot in de jaren zestig de vermelding van de intramurale instellingen voorafging aan die van de extramurale voorzieningen, werd deze volgorde in de uitgave van 1981 omgedraaid. Als gevolg van fusies en schaalvergroting nam de hoeveelheid vestigingen van SPD, CAD, BLGV[3165] en MOB tussen 1965 en 1981 licht af, maar andere bestaande ambulante psychiatrische en psychotherapeutische voorzieningen namen sterk in aantal toe. Eind jaren zestig bedroeg het aantal instellingen en spreekuuradressen van de SPD 35 en 208, het CAD 19 en 95, het BLGV 67 en 72 en het MOB 73 en 105. De SPD'en en CAD's waren overwegend op neutrale basis georganiseerd, terwijl de meerderheid van de BLGM's een confessionele grondslag had en van de MOB's de neutrale en de confessionele bureaus elkaar in evenwicht hielden. Rond 1980 kende de SPD 40 instellingen en 84 spreekuuradressen, het CAD 25 en 91, het BLGV 43 en 67 en het MOB 55 en 94.[3166] Zoals we eerder zagen kregen de meeste psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in de loop van de jaren zestig en zeventig poliklinieken.[3167] Hun werkzaamheden, waaronder voor- en nazorg, overlapten met die van de SPD'en en enkele boden onderdak aan een IMP.

[3162] Festen 1997 et al., 40; Bakker en Van der Velden 2004a, 65; vergelijk Schuyt en Taverne 2000, 380.
[3163] Festen 1997 et al., 40; Aarsen 1985, 46-47.
[3164] Schuyt en Taverne 2000, 281; Schuyt 2001, 31; Bommeljé 2002, 34-35.
[3165] De benaming Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) veranderde begin jaren zeventig in Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (BLGV).
[3166] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 20-40, 59-64, 68-75, 241-252; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 43-241.
[3167] Zie 4.3.2. Differentiatie en deconcentratie.

Naast de IMP'en, waarvan het aantal van 3 tot 25 steeg, vertoonden enkele nieuwe organisaties die onder de ambulante geestelijke gezondheidszorg werden geschaard, hoewel er geen psychiaters werkzaam waren, de sterkste aanwas.[3168] In 1981 bestonden er 53 vestigingen van het Jongeren Advies Centrum (JAC) en Release. Deze instellingen waren vanaf het eind van de jaren zestig met subsidie van het Ministerie van CRM ontstaan om deels met vrijwilligers op basis van 'bewustwording' en de eigen belevingswereld van jongeren 'maatschappijkritische' hulp en ondersteuning bij actievoering te bieden.[3169] Ook op het gebied van de drugshulpverlening ontwikkelden zich naast de al bestaande CAD's diverse alternatieve, vaak door het Ministerie van CRM gesubsidieerde (zelf)hulporganisaties, die zich niet zozeer richtten op de bestrijding van het drugsgebruik als wel op een verbetering van de levensomstandigheden van verslaafden.[3170] Terwijl de consultatiebureaus van de NVSH, die zich toelegden op geboorteregeling, eerder geen of slechts summiere vermelding kregen in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg*, waren in de editie van 1981 de adressen van 40 Rutgershuizen alsmede 8 consultatiebureaus van de Protestantse Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming opgenomen. Deze boden behalve raad bij anticonceptie ook psychosociale hulp bij seksuele problemen.[3171] In 1974 gingen de eerste Bureaus Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling, waarbij behalve artsen ook maatschappelijk werkers betrokken waren, van start.[3172]

Verder maakte de *Gids* van 1981 melding van 5 stichtingen voor therapeutische gezinsverpleging met 150 plaatsen en 40 vestigingen van het Fiom, de vereniging van organisaties voor hulpverlening bij zwangerschap en alleenstaand ouderschap, die in 1975 was ontstaan uit een fusie van een drietal oudere verenigingen.[3173] Voor vrouwen kwamen er aparte hulpverleningsinstellingen, waaronder centra voor vrouwentherapie.[3174] In 1980 ontstond in Haarlem het eerste 'wegloophuis' voor psychiatrische patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen. In 1987 bestonden er tien van dergelijke tehuizen.[3175] Overigens waren in de *Gids* van 1981 verschillende instellingen verdwenen die daarvoor wel vermelding kregen: sociaal-pedagogische diensten (voorheen de BLO-nazorgdiensten), consultatie- en adviesbureaus voor geestelijk gehandicapte kinderen, schoolpsychologische diensten, bureaus voor beroepskeuzevoorlichting, consultatiebureaus voor epileptici, beschutte werkplaatsen, tehuizen voor thuislozen en telefonische hulpdiensten.[3176]

Van de instellingen die tot de kern van de ambulante geestelijke gezondheidszorg behoorden en die zich in 1972 verenigden in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg - SPD, MOB, BLGV, IMP en CAD - waren de SPD'en

---

[3168] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 11, 223-224, 159; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 21, 43-241.
[3169] Mac Gillavry 1969; Romme 1978b, 127.
[3170] Hoekstra 1984; De Kort 1995, 236-241.
[3171] Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 23.
[3172] Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1987, 66.
[3173] Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 16, 24, 43-241.
[3174] Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1987, 62-66.
[3175] Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1987, 63.
[3176] Vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 45-46, 54-56, 76-77, 127-128, 176-177, 201-215, 259-263, 265-271 en Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 5.

gemeten naar het aantal hulpverleners (tegen de 1.700) rond 1980 het omvangrijkst, gevolgd door de CAD's (ongeveer 900), de MOB's (ruim 800), de IMP'en (bijna 500) en de BLGV's (rond 400).[3177] Hoewel de cijfers over het aantal cliënten vóór de jaren tachtig schaars zijn, kan aangenomen worden dat de SPD'en van alle ambulante instellingen ook de meeste cliënten kenden. Begin jaren zeventig stonden jaarlijks naar schatting tussen de 70.000 en 90.000 patiënten bij de SPD'en ingeschreven.[3178] In 1975 kostten alle SPD'en 93 miljoen gulden, terwijl de uitgaven voor de MOB's, de BLGV's, de CAD's en de IMP'en respectievelijk 33, 22, 16 en 15 miljoen gulden bedroegen.[3179]

Niet alleen het aantal hulpverleners, maar ook hun professionele diversiteit nam toe. In de jaren veertig en vijftig domineerden psychiaters, psychiatrisch-sociaal werksters en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen het werkveld. Vanaf de jaren zestig kregen zij gezelschap van een groeiend aantal psychologen, gespecialiseerde psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, pedagogen, seksuologen, andragogen en sociologen. Van de in totaal bijna 3.400 hulpverleners die in 1981 werkzaam waren bij een SPD, MOB, BLGV of IMP hadden ruim 600 een medische, meer dan 800 een sociaalwetenschappelijke (inclusief psychologische) en rond 1.750 een agogische opleiding, voor het merendeel op de terreinen van maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrische verpleegkunde. Medici vormden een minderheid in deze instellingen: in de IMP'en maakten zij ongeveer een derde van het personeelsbestand uit, in SPD'en ongeveer een kwart, in de MOB's omstreeks 12 procent en in de BLGV's iets meer dan 5 procent. De meerderheid van de aan SPD, MOB en BLGV verbonden hulpverleners was afkomstig uit het maatschappelijk werk of de sociaal-psychiatrische verpleegkunde.[3180] Hiermee beantwoordde de ambulante sector aan het model zoals Trimbos dat in zijn proefschrift had geschilderd: een psychosociaal werkveld waarin de psychiatrie slechts een onderdeel was, de sociale wetenschappen een belangrijke inbreng hadden en een multidisciplinaire aanpak en teambenadering de toon aangaven. Weliswaar viel de ambulante sector met uitzondering van de BLGV's beleidsmatig onder het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, maar het medische karakter verdween verder naar de achtergrond.[3181]

Hetzelfde gold overigens voor de sociaal-activistische oriëntatie. Ondanks de retoriek werd daar nauwelijks concrete invulling aan gegeven.[3182] Zo stelde een medewerker van een in 1972 opgericht Psycho-Hygiënisch team voor Jongeren in Breda:

> We voerden verhitte discussies over de politieke implicaties van onze hulpverlening: moesten die jongeren wel werken en zich maatschappelijk aanpassen? […] We stonden altijd achter de jongere die koos voor eigen autonomie ten opzichte van ouders of school. […] Achteraf denk ik dat we met dit soort experimenten en al dat praten vaak weinig oplosten.[3183]

[3177] Aarsen 1985, 50; Hoekstra 1984, 787; vergelijk Van der Grinten 1976, 586.
[3178] Romme 1973, 128; vergelijk Touw 1974, 251.
[3179] Weterman s.a. [1975], 15-18.
[3180] Aarsen 1985, 46-47, 50; vergelijk Wiegersma 1967. Van 199 IMP-medewerkers was de disciplinaire achtergrond onbekend.
[3181] Schnabel 1982a, 26; Van Lieshout 1985b, 1259.
[3182] Van Beusekom 1971.
[3183] Willemsen 2001, 157, 163.

Sommige hulpverleners gingen zich van de weeromstuit meer met zichzelf en elkaar dan met hun cliënten bezighouden. Zo meldde het MOB in Noord-Oost Brabant begin jaren zeventig dat de staf uitgebreid was gaan praten over het eigen functioneren - 'ik en mijn onmacht' - wat in het belang zou zijn voor zowel de cliënt als het eigen welbevinden. 'Geleidelijk aan slaagden we erin het accent te verleggen naar onszelf. […] onze eigen groei is primair en dat geldt zowel voor ons persoonlijk als voor het team.'[3184]

Al in 1971 wees Trimbos erop dat het verband tussen maatschappelijke misstanden en individuele stoornissen in de praktijk van de hulpverlening moeilijk was aan te tonen en dat sociale actie er niet toe mocht leiden dat individuele cliënten in de kou kwamen te staan.[3185] Ook Lumey relativeerde de mogelijkheid om vanuit de geestelijke gezondheidszorg de maatschappij te veranderen al gauw: 'Wat we willen, is eigenlijk onvoorstelbaar pretentieus: op wetenschappelijke wijze de loop der geschiedenis naar onze hand zetten en in constructieve zin ombuigen, terwijl we in de verste verte niet weten welke krachten deze loop bepalen, laat staan hoe we ze kunnen beïnvloeden.'[3186] Volgens hem was het contraproductief om de op het individu gerichte en de maatschappijkritische geestelijke gezondheidszorg tegen elkaar uit te spelen. Het sociaal-politieke engagement van veel hulpverleners was omstreeks 1980 op zijn retour en ze kwamen ook terug op hun toenadering tot de kritische welzijnszorg. De ideologische bevlogenheid maakte in de loop van de jaren zeventig geleidelijk plaats voor een meer praktische en professionele instelling en verwetenschappelijking. Dit laatste bleek uit de veranderende inhoud van het *Maandblad (voor de) Geestelijke Volksgezondheid*, waarin tot dan toe vooral hulpverleners vanuit hun directe betrokkenheid bij de praktijk schreven over hun werkzaamheden en cliënten. Nu kregen veelal sociaal-wetenschappelijk geschoolde auteurs, die de hulpverlening tot object van systematisch onderzoek maakten en daarover meer gedistantieerd schreven, de overhand.[3187]

De bevordering van de geestelijke volksgezondheid in de gehele maatschappij en de bestrijding van de sociale oorzaken van psychisch leed bleken in de hulpverleningspraktijk moeilijk te realiseren idealen. Het preventiestreven, dat een vooraanstaande plaats innam in het maatschappijkritische denken over geestelijke gezondheidszorg, bleef beperkt tot lokale en kleinschalige projecten en het werd gehinderd door het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing in de vorm van epidemiologisch onderzoek.[3188] De oplossing van de vermeende welzijnsnood in de samenleving bleek te hoog gegrepen en de geestelijke gezondheidszorg spitste zich weer toe op het individu en diens naaste omgeving.[3189] Het democratiserings- en emancipatiestreven bleef wel van betekenis voor de verhouding tussen hulpverlener en cliënt. Symptomatisch was het nu gangbare gebruik van de term 'cliënt', die al in de jaren vijftig was geïntroduceerd, ten einde afstand te nemen van het medische karakter en de

---

[3184] L.M.O.B.-team 1972, 356-357, 359; vergelijk Van Oosten 1980.
[3185] Trimbos 1971a.
[3186] Lumey 1972, 475.
[3187] Van Lieshout 1985b, 1264, 1272. De oplage van het blad, van 1946 tot 1969 *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, vanaf 1969 *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* geheten, steeg tussen 1970 en 1980 van ruim 4.000 naar meer dan 9.000. Heerma van Voss 1985b, 1333.
[3188] Van der Grinten 1979; vergelijk Dekker 1971 en Onland 1978.
[3189] Schnabel 1995, 51.

hiërarchische verhouding tussen professionele hulpverleners en hulpvragers. Een bevoogdende en opdringerige houding van de deskundige ten aanzien van de leek was niet meer passend. Mede dankzij het optreden van de patiëntenbeweging in de psychiatrie werden cliënten meer en meer als mondige en verantwoordelijke burgers tegemoet getreden met een onvervreemdbaar recht op zelfbeschikking en deskundige hulp. Hun hulpvraag diende centraal te staan en de voornaamste taak van de professionele hulpverlener zou zijn deze in goed overleg met de cliënt te vertalen in een behandelbaar probleem.[3190]

De maatschappijkritiek in de geestelijke gezondheidszorg verdween vanaf het eind van de jaren zeventig geleidelijk naar de achtergrond. Het veranderende sociaal-politieke klimaat was daar mede debet aan. Tot dan toe bestond in Nederland een groot vertrouwen in de idee dat de sociale verhoudingen en daarmee ook het persoonlijke leven bewust in een gewenste richting konden worden vormgegeven. Met het progressieve elan van het kabinet Den Uyl, dat de welzijnszorg inzette om de samenleving zodanig te veranderen dat individuen zich optimaal zouden kunnen ontplooien, vierde het maakbaarheidsoptimisme hoogtij. Den Uyls regeerperiode markeerde echter tevens een ommekeer in het economische en politieke klimaat. In 1973 kwam er met de oliecrisis een eind aan een kwart eeuw van economische groei en in de daarop volgende jaren drong de noodzaak zich op om de stijging van de collectieve uitgaven in te perken.

Bovendien werden in het kielzog van de protestbeweging van de jaren zestig en de regeringswisseling in 1977, waardoor een centrumrechts kabinet onder leiding van Van Agt aantrad, vraagtekens geplaatst bij de veronderstelling dat de maatschappij van bovenaf, door middel van gericht beleid te plannen was. Zowel in linkse als liberale kringen groeide de weerzin tegen bureaucratisering, professionalisering en een alles bedillende overheid. Rationele beheersing en sociale maakbaarheid, die in de geleide economie en democratie van de wederopbouwperiode en ook in het hervormingsbeleid van het kabinet Den Uyl vanzelfsprekend waren geweest, stonden op gespannen voet met de voortschrijdende democratisering en individualisering alsook met de door de tegencultuur gepredikte spontaniteit en kleinschaligheid. De geleide zelfontplooiing, het burgerschapsideaal dat tot halverwege de jaren zestig de toon aangaf, had plaats gemaakt voor het ideaal van de spontane zelfontplooiing. Naarmate de nadruk daarin sterker kwam te liggen op het persoonlijke gevoelsleven en de individuele zelfverwezenlijking boette de maatschappijkritische dimensie van de spontane zelfontplooiing aan invloed in. Het streven naar zelfontplooiing door middel van sociale verandering maakte plaats voor een consumptief georiënteerd individualisme. Voor zover er nog sprake was van geloof in maakbaarheid spitste zich dat toe op het autonome zelf, los van de maatschappelijke omstandigheden. In het laatste nummer van 1979 riep het weekblad *De Haagse Post* de jaren zeventig uit tot het 'ik-tijdperk'.[3191]

Eind jaren zeventig ebde het revolutionaire elan weg en deden zich in de politiek restauratieve tendensen voor. Den Uyls opvolger, Van Agt, riep op tot een 'ethisch reveil', waarmee hij en zijn geestverwanten de weerzin vertolkten tegen de culturele revolutie. De legalisering van abortus groeide uit tot een strijdpunt waar de verschillende mens- en maatschappijopvattingen - individuele zelfbeschikking van de vrouw versus deskundige

---

[3190] Mol en Van Lieshout 1989, 121, 127-128, 230.

[3191] Duyvendak 1999; Tonkens 1999; Schuyt en Taverne 2000, 381, 403; vergelijk Duyvendak en De Haan 1997; Ester, Geurts en Vermeulen 1997; De Vries 1996.

en morele bevoogding - frontaal met elkaar botsten.[3192] Desondanks zetten de sociale democratisering en de liberalisering op het gebied van levensbeschouwing, leefstijl, omgangsvormen, de emancipatie van vrouwen, jongeren en homoseksuelen, huwelijk, seksualiteit, voortplanting en opvoeding zich gestaag en in gematigde vorm door met behoud van bepaalde burgerlijke, middenklassenwaarden. Uit enquêtes bleek dat de meerderheid van de Nederlanders zich bleef hechten aan werk, bezit en gezin. Daarnaast nam hun waardering van gezondheid en persoonlijk welzijn sterk toe.[3193] Mede onder invloed van de voortschrijdende ontkerkelijking, de toegenomen materiële welvaart en het verhoogde onderwijspeil lieten mensen zich sterker leiden door hun persoonlijke voorkeur in plaats van traditie, economische noodzaak of de groep waartoe ze behoorden, niet alleen in hun privé-leven, maar ook wat hun sociale en politieke engagement betreft.[3194] Het stemgedrag werd minder dan voorheen bepaald door geloof en klasse, terwijl buitenparlementaire actiegroepen en bewegingen op het gebied van oorlog en vrede, derde wereld en natuur en milieu meer aanhang kregen.[3195]

4.6.2. *Het psychotherapeutisch bedrijf*

Het sociale model dat rond 1970 in de ambulante geestelijke gezondheidszorg luidruchtig opgang maakte, verdween al gauw naar de achtergrond om plaats te maken voor een psychotherapeutisch ethos. Terwijl in de wederopbouwperiode het MOB en het BLGM het gezicht van de ambulante sector bepaalden, waren de jaren zeventig het hoogtij van het IMP. In het midden van jaren zestig bestonden er vijf IMP'en - in Amsterdam (1940), Utrecht (1953), Leeuwarden (1963), Groningen (1966) en Den Haag (1967) - en dat waren er in 1981 25 geworden. Daarvan waren er zes gevestigd in poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen.[3196] Niet alleen hun aantal, ook de omvang van enkele grootstedelijke vestigingen nam toe. Het Amsterdamse IMP groeide uit tot een van de grootste psychotherapeutische instituten ter wereld: tussen 1965 en 1975 steeg het aantal medewerkers van 73 naar zo'n 270 en het aantal cliënten van rond de 200 naar ongeveer 2.500.[3197] De drie IMP'en die begin jaren tachtig in Amsterdam psychotherapie verzorgden, namen 40 procent van de totale IMP-capaciteit in Nederland voor hun rekening.[3198]

De snelle uitbreiding van de clientèle werd mogelijk door de financiering uit collectieve middelen: eerst de Algemene Bijstandswet (1965), de Wet

---

[3192] De Bruijn 1979, 203-232.

[3193] Middendorp 1975; Middendorp 1979, 169-170; Felling, Peters en Schreuder 1983; De Jong 1983; Ester en Nauta 1989; Van Deth 1989, 54; Wouters 1990, 96-149; Ester, Halman en De Moor 1993, 57-58, 114; Ester en Halman 1994; Blom 1996; Inglehart 1997, 277-279, 366-380; Aerts 1998; Van den Brink 1999, 551; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 109-113; Van Schoonhoven 1999; Uitterhoeve 2000, 27.

[3194] Righart 1995, 59; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 51-54, 113; Van Schoonhoven 1999, 14; Van den Brink 1999; Schoonhoven 1999; Selten 2001, 85.

[3195] Uitterhoeve 2000, 19; Koole 2001.

[3196] Romme 1984, 374; Schagen 1985, 22; Aarsen 1985, 5; Lemmens en Schnabel 1994, 12.

[3197] Dijkstra en Donselaar 1988a, 2; Lemmens en Schnabel 1994, 12. Veel medewerkers van de IMP'en werkten tot in de jaren zeventig niet in vast dienstverband en waren in feite (deels) zelfstandig gevestigd. Vanaf de tweede helft van de jaren zeventig kwamen er meer vaste dienstverbanden. Zie Schagen 1985, 121.

[3198] Schagen 1985, 22.

Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers (WAO, 1967) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet voor zelfstandigen (AAW, 1976), regelingen die niet specifiek voor gezondheidszorg waren bedoeld. De achterliggende reden voor de financiering op basis van de arbeidsongeschiktheidswetten was de stijging van het ziekteverzuim vanwege psychische klachten vanaf het midden van de jaren zestig. Vanaf 1980 bekostigde de AWBZ psychotherapie, aanvankelijk alleen in een instituut, maar vanaf omstreeks 1990 ook de behandeling door vrijgevestigde psychotherapeuten, die, voor zover het om artsen ging, voorheen waren gefinancierd via het ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen. Behalve in IMP'en en particuliere praktijken vonden diverse psychotherapeutische behandelwijzen ook toepassing in andere ambulante instellingen, vooral in de MOB's en de BLGV's, waarin tien procent van de hulpverleners zich hierop toelegde, en in mindere mate in de CAD's, SPD'en en psychiatrische poliklinieken, waarin het aandeel van de psychotherapeuten beneden de 2,5 procent van het personeelsbestand bleef steken.[3199] Ambulante psychotherapie werd verder bedreven in enkele categorale voorzieningen voor studenten (de studentenpsychologen) en homoseksuelen (de Schorerstichting). In 1981 ondergingen meer dan 30.000 mensen een ambulante psychotherapeutische behandeling, van wie de 25 IMP'en ruim de helft en andere ambulante instellingen, inclusief de poliklinieken, het resterende deel voor hun rekening namen.[3200]

Niet alleen de financiering door middel van sociale verzekeringswetten, die de toegankelijkheid van de psychotherapie vergrootte, maar ook de verruiming van het aanbod als gevolg van de beroepsmatige verbreding ervan werkte de groei in de hand. Psychotherapie was tot ontwikkeling gekomen in psychiatrische en in het bijzonder in psychoanalytische kringen. Vanaf 1966 stelde de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVPT), die sedert 1930 naast de psychoanalytische verenigingen het exclusief medische forum voor deze specialisatie vormde en vanaf eind jaren zestig de beroepsbelangen ging behartigen, het lidmaatschap officieel open voor klinisch psychologen die zich door middel van postdoctorale cursussen hiervoor kwalificeerden. Maatschappelijk werkers met een Voortgezette Opleiding volgden in 1973. Het ledental van de NVPT groeide tussen 1930 en 1970 van 30 naar 700, om vervolgens in de jaren zeventig meer dan te verdubbelen. Psychologen gingen toen tezamen met een kleiner aantal maatschappelijk werkers de psychiaters overvleugelen.[3201]

Psychotherapie werd het voornaamste werkgebied van klinisch psychologen in de geestelijke gezondheidszorg. Het aantal als psychotherapeut werkzame psychologen groeide van 70 in 1963 naar 400 in 1972, ruim 1.000 in 1979 en rond 1.500 in 1985.[3202] Van de ongeveer 1.450 gewone en aspirantleden van de NVPT had in 1980 ruim 70 procent een niet-medische achtergrond.[3203] Ook binnen de IMP'en kregen zij voet aan de grond en het begrip multidisciplinair verving eind jaren zestig de term medisch in hun naamsaanduiding. In 1975 werkten aan het Amsterdamse IMP meer psychologen (125) dan psychiaters (116) en andere IMP'en gaven hetzelfde beeld te zien.[3204] De opmars van

---

[3199] Aarsen 1985, 45-47.
[3200] Aarsen 1985, 79; Schagen 1985, 23.
[3201] Aarsen 1980, 1029-1030.
[3202] Hutschemaekers 1993a, 1180.
[3203] Schnabel 1982a, 60.
[3204] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 93; Aarsen 1985, 50.

de psychologen in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en de psychotherapie in het bijzonder werd in de hand gewerkt door de explosieve groei van deze beroepsgroep - tussen 1963 en 1980 een vertienvoudiging van ongeveer 850 tot zo'n 8.500, een aantal dat in het daarop volgende decennium verder opliep tot rond de 20.000. Een groot deel daarvan had zich gespecialiseerd in de op hulpverlening en behandeling gerichte klinische psychologie.[3205] Behalve psychologen en maatschappelijk werkers gingen ook kleinere aantallen andragogen, pedagogen en sociologen psychotherapie bedrijven.

Met de doorbreking van het medisch monopolie en de toename van het aantal niet-medisch opgeleide therapeuten nam de diversiteit van de therapievormen en hun theoretische onderbouwing toe. Zolang psychiaters praktisch het alleenrecht op psychotherapie hadden, gaf de psychoanalyse de toon aan. Psychologen daarentegen introduceerden de non-directieve of Rogeriaanse therapie en de gedrags- en systeemtherapie. Deze werden gevolgd door een scala aan nieuwe therapeutische methoden en technieken, die deels werden toegepast binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg, dat wil zeggen door de officiële beroepsverenigingen en de verzekeringsinstanties erkende hulpverlening, en deels op de vrije markt in een alternatief circuit door al dan niet academisch opgeleide behandelaars: relatie-, gezins- en groepstherapieën, Gestalttherapie, sensitivity-trainingen, bio-energetica, psychodrama, encounter- en groeigroepen, hypnose en op mystieke en Oosterse religieuze stromingen gebaseerde richtingen. Vele daarvan waren laagdrempelig in vergelijking met de langdurige en kostbare psychoanalytische therapie en ze droegen sterk bij tot de uitbreiding van de clientèle. Vooral de systeem-, gezins- en relatietherapieën, die ook maatschappelijk werkers beoefenden en waarin de nadruk lag op communicatie- en interactiepatronen, namen een hoge vlucht. Het ledental van de Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie groeide van 60 begin jaren zestig tot 1.700 omstreeks 1980.[3206]

Vanaf de tweede helft van de jaren zestig profileerden psychotherapeuten hun behandelmethode als een aparte beroepsexpertise en benadrukten zij het onderscheid tussen wat zij als een professionele aanpak en beunhazerij op dit terrein beschouwden.[3207] De NVPT, die zich opwierp als de overkoepelende belangenorganisatie voor de diverse specialistische psychotherapieverenigingen, speelde een belangrijke rol in de ontwikkeling van psychotherapie als apart vak. Aangezien de NVPT een breed palet aan stromingen vertegenwoordigde werd de in overleg met de NVPN in 1973 opgestelde definitie van psychotherapie abstract gehouden: 'het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen [...] door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie'.[3208] Aangezien wettelijke regels omtrent opleiding en bevoegdheid ontbraken en psychotherapeuten hun ambities niet binnen de bestaande

---

[3205] Veldkamp en Van Drunen 1988, 58, vergelijk 50, 59-61; Van Strien 1993, 66, 118. In de tweede helft van de jaren zeventig ontstond een overschot aan psychologen. Dit leidde tot pogingen om het arbeidsterrein uit te breiden, bijvoorbeeld in de richting van de eerstelijns gezondheidszorg, in het bijzonder voor de behandeling van psychosociale klachten. Het Ziekenfonds weigerde deze vorm van hulpverlening te financieren, waardoor het aantal eerstelijns-gezondheidspsychologen beperkt bleef tot rond 200 in 1984. Veldkamp en Van Drunen 1988, 116.

[3206] De Boer en Boutellier 1982, 347; Reijzer 1980, 308.

[3207] Dijkhuis 1965; Hellinga 1981a; Heerma van Voss 1981b.

[3208] Blankstein 1976, 102; Van Buul 1978, 738.

psychiatrische en psychologische beroepsverenigingen, de NVPN en het Nederlands Instituut van Praktiserende Psychologen, sinds 1967 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) geheten, wisten te realiseren, kon de NVPT het initiatief naar zich toetrekken.[3209]

Dat de psychiatrische en psychologische beroepsverenigingen zich terughoudend opstelden ten aanzien van de aspiraties van psychotherapeuten, had verschillende redenen. De psychiaters, die psychotherapie als onderdeel van hun beroep beschouwden, zagen zich geconfronteerd met concurrentie van psychologen. Vooral in de IMP'en gingen zij de psychiaters getalsmatig overvleugelen. Aangezien psychiaters op basis van hun opleiding gekwalificeerde psychotherapeuten zouden zijn, achtte de NVP(N) aparte psychotherapeutische scholing niet nodig. Ook wees de vereniging het streven van de NVPT naar financiering van de instituutspsychotherapie door het ziekenfonds af, omdat deze de vrijgevestigde psychiater-therapeuten uit de markt zou verdringen. Binnen de psychologische beroepsorganisatie, het NIP, bestond vrees voor interne splijting. In de jaren zestig deden zich spanningen voor tussen enerzijds de klinisch psychologen, die zich op de hulpverleningspraktijk richtten en die getalsmatig gingen domineren, en anderzijds de onderzoekers, die het wetenschappelijke gehalte van het vak bedreigd zagen en daarom hun eigen organisaties oprichtten. Klinisch psychologen streefden naar een aparte specialisatie psychotherapie voor psychologen door middel van een postdoctorale opleiding en een registratieregeling. Zij kregen echter geen steun van het bestuur van de NIP, dat de eenheid van de beroepsgroep wilde bewaren en geen confrontatie wilde aangaan met de psychiaters. Daarop zochten veel psychologen die psychotherapie bedreven, hun heil in de NVPT.[3210]

De NVPT formuleerde duidelijke criteria voor het lidmaatschap ten einde psychotherapie af te bakenen en te beschermen tegen ondeskundigheid: een vooropleiding in de geneeskunde, klinische psychologie of het maatschappelijk werk alsmede algemene en specialistische scholing en praktijkervaring in de psychotherapie. Er kwam geen aparte universitaire psychotherapie-opleiding. Een initiatief daartoe aan de Universiteit van Amsterdam van Van Dantzig, sinds 1971 hoogleraar psychotherapie aan de medische faculteit, en de hoogleraar psychologie J.T. Barendregt liep op niets uit.[3211] In de jaren tachtig werd de scheiding tussen de universiteit en de beroepsopleiding tot psychotherapeut bezegeld door de instelling van Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding (RINO). De NVPT bracht in 1973 door middel van een puntenstelsel enige ordening aan in het heterogene cursusaanbod van de psychotherapieverenigingen, de IMP'en en de universiteiten, maar dat nam niet weg dat er een grote verscheidenheid aan psychotherapeutische opleidingstrajecten bleef bestaan.[3212] De combinatie van algemene kennis van meerdere vormen van psychotherapie en specialistische kennis van een of meer richtingen was voorwaarde voor erkenning en registratie door de NVPT. Deze hielden weliswaar geen wettelijke titelbescherming in, maar aangezien zowel IMP'en en andere instellingen als de financiers de kwaliteitseisen van de NVPT overnamen, kon de

---

[3209] Van Buul 1978, 744; Trijsburg 1999; Hutschemaekers en Oosterhuis 2004.
[3210] Dijkhuis 1989; Veldkamp en Van Drunen 1988, 71-83; Wopereis 1988; Dehue 1990, 161-169.
[3211] Ziekenfondsraad 1980, 6-7; Schnabel 1982c. Van Dantzig vond dat psychiaters niet als vanzelfsprekend gekwalificeerd waren op het terrein van de psychotherapie.
[3212] De opleidingsgids van de NVPT vermeldde in 1980 87 cursussen waarvan IMP'en 54, universiteiten 15 en de specialistische verenigingen 12 aanboden. Huyts 1980, 183; Reijzer 1980.

vereniging haar stempel drukken op het professionele ethos.[3213] Als toonaangevende opleidingsinstituten trachtten met name de IMP'en de kwaliteit van de psychotherapie en daarmee ook de beroepsstatus van de beoefenaren te verhogen. Door bepaalde standaarden te stellen en zo de interne eenheid te bevorderen stuurden zowel de NVPT als de IMP'en aan op een verzelfstandiging van de psychotherapie als apart vak naast de moederdisciplines psychiatrie en psychologie. De psycholoog J.H. Dijkhuis, hoogleraar in de niet-medische psychotherapie in Utrecht, had dit al vanaf 1965 bepleit.[3214]

Mede vanwege het streven naar uitbreiding van de publieke financiering van psychotherapie op basis van de AWBZ ontsponnen zich in de tweede helft van de jaren zeventig verhitte discussies over bevoegdheid, honorering en opleidingseisen op dit veelbelovende werkterrein. De professionalisering van de psychotherapie als apart vak werd gehinderd door de tegenstelling tussen psychiaters, voor wie deze verzelfstandiging een statusdaling betekende, en psychologen en maatschappelijk werkers, voor wie de beroepsprofilering een statusstijging in het vooruitzicht stelde.[3215] Voor sommige psychiaters was het moeilijk te verkroppen dat ze de psychotherapeutische competentie met andere beroepsgroepen moesten delen; daardoor dreigde een steeds groter deel van de psychotherapiemarkt aan hen voorbij te gaan. Het kwam tot een confrontatie tussen enerzijds de IMP-therapeuten, behalve psychiaters voor het merendeel psychologen, en anderzijds vrijgevestigde psychiaters. Het conflict ging niet alleen om de vraag of psychotherapie uitsluitend een medisch-psychiatrische discipline of een aparte, van de psychiatrie onafhankelijke expertise moest zijn, maar vooral ook om de financiering ervan - de zogenaamde miljoenendans om de psychotherapie. Als medische behandeling kwam psychotherapie door (vrijgevestigde) psychiaters al langer in aanmerking voor een (beperkte) vergoeding uit het Ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Het aantal door het Ziekenfonds aan zenuwartsen vergoede psychotherapiezittingen werd eind jaren zestig verhoogd van 15 tot 45 en in 1977 tot 90 per jaar. Ook de particuliere verzekeringen breidden de financiering uit.[3216] De instituutspsychotherapeuten konden sinds het midden van de jaren zestig rekenen op financiering door middel van de Algemene Bijstandswet en de arbeidsongeschiktheidswetten.

Toen zowel de vrijgevestigde psychiaters als de IMP-therapeuten in 1977 probeerden om de financiering te verbreden - door bij de Ziekenfondsraad een aanvraag in te dienen voor een verruiming van de ziekenfondsvergoeding respectievelijk onderbrenging van de instituutspsychotherapie in de AWBZ - en beide groepen daarbij aanspraak maakten op het alleenrecht om psychotherapie aan te bieden, kwam het tot een openlijke botsing. Psychiaters met particuliere praktijken, die wilden voorkomen dat andere beroepsgroepen en de IMP'en hen uit de psychotherapeutische markt verdrongen, stelden dat alleen een medicus in staat was de juiste indicatie voor psychotherapie te stellen en de behandeling uit te voeren. De NVP kon moeilijk een eenduidig standpunt innemen omdat de beroepsorganisatie zowel IMP-therapeuten met een medische

---

[3213] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 83; Schnabel 1982a.

[3214] Dijkhuis 1965; vergelijk Dijkhuis 1974. Dijkhuis was ook een van de eersten die een tegengeluid lieten horen. Eind jaren zeventig stelde hij dat psychotherapie beter geen afzonderlijk beroep kon worden omdat het ging om een algemene vaardigheid waarover alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg dienden te beschikken. Dijkhuis 1978.

[3215] Lemmens en Schnabel 1994.

[3216] Kruisinga 1970, 5; Ziekenfondsraad 1980, 3.

opleiding als vrijgevestigde psychiaters vertegenwoordigde. In de nota *Psychotherapie en Psychotherapeut* (1978) keerde de NVP zich tegen een monopoliepositie van de psychotherapeutische instituten en stelde zij dat psychotherapie tot het medische terrein behoorde waarop psychiaters qualitate qua bevoegd waren. Tegelijkertijd gaf het bestuur toe dat de psychotherapeutische scholing in de psychiatrische opleiding te wensen overliet - psychotherapie vormde geen speciaal aandachtsveld en de vaardigheid werd niet getoetst - en dat samenwerking in multidisciplinaire teams, zoals in het IMP, een belangrijke verworvenheid was. Daarmee erkende de NVP in feite dat het alleenrecht van psychiaters op psychotherapie een gepasseerd station was.[3217]

Voor vrijgevestigde psychiaters was een dergelijk standpunt niet te verteren en zij richtten in 1977 de Vereniging van Nederlandse Psychiaters (VNP) op om hun claim op psychotherapie als een exclusief medische behandelwijze kracht bij te zetten. Deze vereniging telde ongeveer 275 leden, meer dan een kwart van alle actieve psychiaters.[3218] De therapeuten van het IMP brachten op hun beurt naar voren dat psychiaters zonder specifieke psychotherapeutische opleiding geen enkel voordeel boden boven andere, niet-medisch opgeleide psychotherapeuten en dat psychotherapie slechts op behoorlijke wijze in interdisciplinair teamverband was uit te voeren. In feite zouden klinisch psychologen beter gekwalificeerd zijn dan psychiaters. Als 'vorm van agogisch handelen' was psychotherapie geen exclusief medische, maar een multidisciplinaire aangelegenheid, zo beklemtoonde de psycholoog H. Blankstein op de voorjaarsvergadering van de NVP in 1976, en vereiste zij kennis van meerdere vakgebieden: behalve van psychiatrie ook van psychologie, pedagogiek, andragogie, maatschappelijk werk, sociologie, antropologie, filosofie, kunst en cultuur.[3219] De meningsverschillen over de plaats van de psychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg waren voor de Ziekenfondsraad aanleiding om de AWBZ-financiering vooralsnog af te wijzen.

De IMP'en, die zich met hun nadruk op professionaliteit, exclusiviteit, een verantwoorde methodiek en een strenge selectie van cliënten op geschiktheid, opwierpen als kwaliteitsbewakers van de psychotherapie, stonden behalve met vrijgevestigde psychiaters ook op gespannen voet met therapeuten die in andere voorzieningen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, zoals het MOB en het BLGV. Deze psychotherapeuten, die niet allemaal lid waren van de NVPT en die psychotherapie integreerden in het bredere palet van de psychosociale hulpverlening, gingen er op een lossere, meer pragmatische manier mee om en keerden zich tegen de pogingen van de IMP'en om hun strikte normen als maatstaf op te leggen. De uitgebreide selectie- en kwaliteitsbewakende procedures maakten behandeling op een IMP tot een kostbare aangelegenheid, terwijl het juist de moeilijk behandelbare cliënten vaak afschoof naar andere instellingen. Tegenover de pretenties van het IMP beriepen de medewerkers van het BLGV zich op hun grotere toegankelijkheid en cliëntgerichtheid en brachten zij naar voren dat de door hen toegepaste gedragstherapie korter duurde, effectiever was en minder geld kostte dan de inzichtgevende IMP-therapieën. [3220]

[3217] Heerma van Voss 1979a.
[3218] Schnabel 1982a, 55. In 1994 ging de VNP weer op in de moedervereniging.
[3219] Blankstein 1976, 104, 108.
[3220] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978c; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978d; Schagen 1985, 106; Fischer 1970; Ermers 1980.

Op de IMP'en waren de salarissen van niet-medische therapeuten gelijkgetrokken met die van psychiaters, terwijl hun vakgenoten in andere instellingen lager werden ingeschaald dan medici. Hierdoor dreigden de MOB's en de BLGV's psychotherapeutisch opgeleide psychologen en maatschappelijk werkers te verliezen aan de IMP'en. De pleidooien vanuit het IMP voor een autonome status voor de psychotherapie ten einde de kwaliteit ervan te garanderen, konden zich niet onttrekken aan de verdenking dat het hierbij ook om het eigen financiële voordeel en prestige ging. Economische belangen speelden een belangrijke rol in de strijd rond de psychotherapie.[3221] Een en ander wekte nogal wat wrevel. Zo schreef de sociaal-psychiater J.A.F. Colaco Belmonte, die zelf eveneens bij een IMP werkzaam was, in het *Maandblad geestelijke volksgezondheid* dat de hoge salariëring van psychotherapeuten gezien de aard van hun werk niet was te rechtvaardigen:

> het optobben met een agressieve alcoholist is echt zwaarder dan drie kwartier spreken met een prettig gestoorde studente kunstgeschiedenis. Een overspannen huismoeder van het balkon afpraten, een voorziening treffen voor een plotseling psychotisch geworden Amerikaan die vanwege een tussenlanding op een vliegveld rondloopt, en tussendoor op het politiebureau cel in cel uit gaan om verslaafden van hun onthoudingsverschijnselen af te helpen, is echt belastender dan het telkens op het hele uur in een doorgaans welingerichte spreekkamer ontvangen van neurotische cliënten. Effectief hulpverlenen in gevallen van kindermishandeling in een krottenwijk is echt moeilijker dan het luisteren naar de Weltschmerz van een 30-jarige architect met een goede baan.[3222]

Wat de kwaliteitseisen betreft wisten de IMP-psychotherapeuten zich gesteund door overheidscommissies, die de opdracht hadden richtlijnen te formuleren voor de medische en psychotherapeutische beroepsuitoefening: de door regering ingestelde commissies-De Vreeze,
-Baan en -Verhagen, die in 1973, 1978 en 1980 met aanbevelingen kwamen.[3223] Deze onderschreven het standpunt van de NVPT en de IMP'en dat de psychotherapeutische bevoegdheid niet exclusief medisch diende te zijn. Psychotherapie werd gedefinieerd als een specifieke deskundigheid waarvoor verschillende vooropleidingen - behalve geneeskunde (bij voorkeur psychiatrie), gedragswetenschappen (bij voorkeur klinische psychologie) en de Sociale Academie met Voortgezette Opleiding - als basis geschikt

---

[3221] Huijg, Veldkamp en Van der Zon 1976, 437; Mars et al. 1976; Kern 1977; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978b; Lumeij 1978; Van Londen 1979, 207; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 82; Dijkhuis 1989, 1055; Festen et al. 1997, 70.
[3222] Colaco Belmonte 1980, 317.
[3223] De Commissie De Vreeze boog zich over een nieuwe wet voor de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg ter vervanging van de uit 1865 stammende Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. De commissie stelde voor om een serie nieuwe beroepen, waaronder dat van psychotherapeut, te erkennen, maar tegelijkertijd het alleenrecht van artsen op bepaalde medische handelingen te handhaven. De commissie Baan en de Werkgroep Psychotherapie onder leiding van de hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, H.J.A. Verhagen, richtten zich specifiek op de regelgeving met betrekking tot psychotherapie.

waren.[3224] De specifieke psychotherapie-opleiding zou moeten bestaan uit een algemeen en een gespecialiseerd deel alsmede praktijkervaring in een psychotherapie-instituut. Voor de titel psychotherapeut moest het lidmaatschap van de NVPT en van een specialistische psychotherapeutische vereniging als voorwaarde gelden en psychotherapie diende bij voorkeur beoefend te worden in een 'organisatorische eenheid'. Verder werd voorgesteld bepaalde therapievormen en theoretische richtingen - de psychoanalyse, gedragstherapie, Rogeriaanse therapie, de interactionele benadering en de systeemtheorie - als wetenschappelijk te kwalificeren en de opleidingen daarin verder te formaliseren.[3225] Alternatieve psychotherapieën, zoals co-counseling, encounter, Gestalttherapie en bio-energetica, die wetenschappelijke toetsing zouden ontberen, kregen geen erkenning.

De realisering van een groot deel van deze aanbevelingen medio jaren tachtig, toen er een officiële registratie voor psychotherapeuten kwam, markeerde een belangrijke stap in de beroepsvorming en de verzelfstandiging van het vak ten opzichte van de psychiatrie en de klinische psychologie - internationaal gezien een unieke ontwikkeling, die echter niet in alle opzichten bracht wat de voorstanders van professionalisering en specialisering van de psychotherapie voorstonden.[3226] Zo verloren niet-medische psychotherapeuten hun aanspraak op hetzelfde salarisniveau als psychiaters. Toen de IMP'en in 1980 onder de AWBZ-financiering en daarmee onder toezicht van de Ziekenfondsraad kwamen te vallen om hun integratie in de RIAGG mogelijk te maken, werden de salarissen van de psychotherapeuten aangepast aan hun vooropleiding. In dit opzicht moesten veel IMP-medewerkers, die geen medische vooropleiding hadden, maar wel een salaris op gelijk niveau met dat van psychiaters ontvingen, een stap terug doen. Verder bepaalde 'Het Besluit Inzake Registratie Van Psychotherapeuten' (1986) van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dat voor officiële erkenning als psychotherapeut een basisopleiding (tenminste in psychoanalytische, gedrags- en Rogeriaanse therapie) voldeed en scholing op het niveau van de eindtermen van de diverse specialistische psychotherapieverenigingen niet nodig was. Hierdoor was de psychotherapeutische scholing die psychiaters in hun reguliere opleiding genoten voldoende om automatisch voor registratie als psychotherapeut in aanmerking te komen. De vanuit de NVPT en de IMP'en nagestreefde professionalisering van de psychotherapie had de NVP er in 1981 namelijk toe gebracht om in de psychiatrische opleiding meer aandacht voor psychotherapie in te ruimen, zodat psychiaters zich met psychotherapeuten uit andere beroepsgroepen zouden kunnen meten.

Psychotherapie kreeg vanaf het midden van de jaren zestig een nieuwe invulling. Voorheen, toen psychotherapie nog geen gemeengoed was, was zij vooral een behandelmethode voor meer of minder ernstige neurotische stoornissen ter herstel van het geestelijk evenwicht en het sociale aanpassingsvermogen. In de jaren zeventig kwamen naast psychische problemen tekorten in de persoonlijke ontwikkeling waarvan mensen

---

[3224] Heerma van Voss 1979a, 393; Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5; De Waal 1992, 117; Reijzer 1993, 222.

[3225] De NVPT erkende de volgende specialistische verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie en de Verenigingen voor Rogeriaanse Therapie, voor Gedragstherapie en voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

[3226] Jongerius 1987; Lemmens en Schnabel 1994, 13; Reijzer 1993, Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 50; Dijkstra en Van Donselaar 1988b.

zelf hinder ondervonden, en het streven naar zelfontdekking, zelfontplooiing, persoonlijke groei en assertiviteit centraal te staan.[3227] Vroeger betrof het duidelijk psychische stoornissen, zo stelde de aan een IMP verbonden psychiater A.A. Fischer in 1970. Het ging om

> lichamelijke verschijnselen zonder organische basis, […] verschijnselen van onredelijke angst, angsthysterie, door de patiënt zelf als absurd onderkende dwangmatig opkomende gedachten, dwangneurosen etc., etc. Nu ziet men in veel groter aantallen patiënten, die zonder scherp omschreven symptomen te vertonen, lijden onder habituele gedragswijzen en belevingsmodi waardoor zij onnodig aan levensvreugde inboeten, hun capaciteiten niet ten volle benutten en slechts tot onbevredigende en mislukkende contacten met andere mensen komen.

Deze verschuiving was volgens Fischer bepalend voor de toekomst van de psychotherapie. De IMP'en moesten met hun aanbod inspelen op de snel veranderende 'tussenmenselijke relaties' en hun cliënten motiveren tot 'een fundamentele verandering van de persoonlijkheid'.[3228]

De psycholoog Blankstein zette in 1976 voor de NVP uiteen dat de psychotherapeut een 'beïnvloedingsdeskundige' was die er met 'psychologische middelen' naar streefde 'niet alleen de betreffende psychische problemen op te heffen of althans te verminderen - maar ook de mogelijkheden voor zelfrealisering voor de betrokken cliënten te vergroten en daarmee hun beslissingsvrijheid, hun keuzemogelijkheden te vermeerderen.' Psychotherapie betrof een door het 'cliëntsysteem in hoge mate zelf te bepalen veranderingsproces', waarin therapeut en cliënt gelijkwaardig en wederzijds verantwoordelijk waren 'voor de psychotherapeutische relatie'. De term 'stoornis' diende te worden vermeden, omdat dit 'een van buiten opgelegd etiket' zou zijn. Problemen en klachten opheffen of verminderen was niet toereikend, vond Blankstein.

> Daarin schuilt nog het gevaar van de paternalistische toedekking of van conformerende aanpassing. […] Mijn visie op psychische problemen is echter, dat zij niet alleen lastig of hinderlijk zijn, maar vooral dat zij de mens onvrij maken, of secundair onvrijheid veroorzaken. Mijn ambitie wordt dan het bevorderen van deze vrijheid, deze zelfbeschikkingsmogelijkheid bij de door psychische problemen gehandicapte cliënt. Dit kán leiden tot meer aanpassing aan de bestaande sociale situatie voor een bepaalde cliënt, maar ook tot meer afwijkend gedrag, tot een bewust kiezen van een uitzonderingspositie. Het kán leiden tot een grotere emotionele beheersing, minder heftige agressie-uitbarstingen, tot relativering van het gevoel van wanhoop of depressie, maar ook tot sterkere emotionele expressiviteit of zelfs de keuze het leven te beëindigen.[3229]

Fischer en Blankstein konden op bijval in de psychotherapeutische wereld rekenen. Zowel therapeuten als veel cliënten beschouwden zich min of meer als een culturele voorhoede. Met behulp van psychotherapie zouden mensen zichzelf van onnodige

---

[3227] Dijkhuis 1970a; Derksen 1981; Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5.
[3228] Fischer 1970, 52.
[3229] Blankstein 1976, 101-103

remmingen en beperkingen kunnen bevrijden en de mogelijkheid krijgen hun leven in eigen handen te nemen, te verbeteren en te verrijken.

Niet zozeer de orthodoxe psychoanalyse als wel de uit Amerika afkomstige humanistische psychologie bevorderde deze verbreding van de psychotherapie. Over het algemeen speelde de psychoanalytische beweging nauwelijks in op maatschappelijke veranderingen en was daarin van vernieuwing weinig sprake. De verenigingen gedroegen zich vaak als sekte en waakhond van het Freudiaanse gedachtegoed en ze koesterden zich in het zelfgezochte isolement. Dit gold nog sterker voor het behoudende Amsterdamse Psychoanalytisch Instituut van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse dan voor het minder dogmatische Utrechtse Nederlands Psychoanalytisch Genootschap. Vooral door de activiteiten van enkele leden van het Genootschap behield de psychoanalyse enige invloed in het psychotherapeutisch bedrijf. Met hun nadruk op de levensgeschiedenis benaderden psychoanalytici het innerlijk als het min of meer vastliggende resultaat van de mentale verwerking van bepaalde, met name seksueel getinte ervaringen tijdens de kindertijd en jeugd. De analyse was gericht op bewustwording en zelfinzicht, waardoor problemen hanteerbaar werden en ermee te leven viel.

In de nieuwe therapieën daarentegen lag de nadruk sterker op het hier en nu en de veranderbaarheid van het zelf.[3230] Waar de psychoanalyse en ook behavioristische stromingen veronderstelden dat onbewuste drijfveren dan wel onwillekeurige conditionering het menselijk gedrag bepaalden, ging de humanistische egopsychologie van A. Maslow, C. Rogers en C. Bühler uit van de mogelijkheid tot gerichte emotionele groei en zelfverwerkelijking. Het eigen bestaan en zelf waren als het ware maakbaar: mensen konden hun ervaringen bewust verwerken en ervan leren.[3231] Op basis van de veronderstelling dat de mens in wezen autonoom en goed is, was de verwachting dat individuele bewustwording en bevrijding als vanzelf naar een betere maatschappij zouden leiden. In gepopulariseerde vorm werd dit geloof uitgedragen in zelfontplooiings- en -bevrijdingshandleidingen, die in de jaren zeventig een groot lezerspubliek trokken. Van T. Harris' *Ik ben O.K., jij bent O.K.* (1973) bijvoorbeeld ging een kwart miljoen exemplaren over de toonbank en ook de feministische zelfontboezeming van A. Meulenbelt, *De schaamte voorbij* (1976), werd een bestseller.[3232] De socioloog C. Wouters merkte naar aanleiding hiervan op dat dergelijke literatuur in zekere zin de functie overnam van de etiquette- en manierenboeken, zoals A. Groskamp-ten Have's *Hoe hoort het eigenlijk?*, die tot het midden van de jaren zestig veel aftrek vonden, maar in de jaren zeventig nauwelijks meer verschenen.

Met hun nieuwe behandelwijzen en therapeutisch optimisme stonden psychotherapeuten in het middelpunt van de aandacht. Voor het grote publiek gold psychotherapie als pars pro toto van de geestelijke gezondheidszorg. Daarbuiten speelde het psychotherapeutische elan een belangrijke rol bij de emancipatie van achtergestelde groepen als vrouwen, homoseksuelen, oorlogsgetroffenen en anderszins getraumatiseerde slachtoffers, gehandicapten en verslaafden. Therapeutische praat- en groeigroepen dienden hun als steun voor individuele verwerking, zelfontdekking, zelfaanvaarding en bevrijding. In de jaren zeventig ontwikkelde zich een, in de woorden van de socioloog P.

[3230] Gomperts 2002.
[3231] Derksen 1981; Ippel 1983.
[3232] Wouters 1990, 50, 118-120, 128-129.

Schnabel, 'willige en lawaaiige markt' voor psychotherapie, waarbij verheerlijking van de ene soort en verguizing van de andere elkaar afwisselden. Het stigma van een psychiatrische behandeling dat er voordien aan kleefde, verloor aan kracht.[3233]

Voor een groeiend aantal mensen werd het min of meer vanzelfsprekend psychotherapeutische hulp te zoeken voor allerlei vormen van ongerief die vroeger niet als psychische moeilijkheden werden ervaren en waar toen mogelijk andere oplossingen voor bestonden. Tegenover algemene maatschappelijke of godsdienstige normen kregen de eigen persoonlijkheid, het psychisch welbevinden en zelfbeschikking steeds meer betekenis als leidraad voor een levenswaardig bestaan. Het idee was dat psychische moeilijkheden tot op zekere hoogte leerzaam waren voor wie bewust wilde leven: ze konden aanzetten tot zelfreflectie en verandering. Veel moeilijkheden en remmingen zouden het resultaat zijn van gestoorde en verstarde gezinsrelaties en een verstikkend ouderlijk milieu. Psychotherapie kwam ook tegemoet aan de verhoogde eisen in het maatschappelijke verkeer met betrekking tot sociale vaardigheden en assertiviteit.[3234] De idealen van spontane zelfontplooiing en maakbaarheid waarop het psychotherapeutisch optimisme stoelde, waren echter niet zonder tegenstrijdigheden. Aan de ene kant sloot het aan bij de hoog gestegen verwachtingen omtrent doelgerichte en rationele verander- en verbeterbaarheid van mens en samenleving, maar aan de andere kant stonden authenticiteit en spontaniteit centraal: mensen zouden hun verborgen, natuurlijke kern, hun ware zelf moeten ontdekken en verwerkelijken.[3235] Bovendien kreeg het streven naar spontaniteit een verplichtend karakter.

Het psychotherapeutisch bedrijf was niet onomstreden. Naar aanleiding van de controverses over organisatie en financiering kwam de psychotherapie rond 1980 op een negatieve manier in de publiciteit. Psychotherapeuten zouden veel geld opstrijken uit collectieve middelen met de behandeling van in materieel en cultureel opzicht bevoorrechte mensen, wier problemen bepaald niet nijpend waren.[3236] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg maakte in dit verband gewag van 'fluwelen psychiatrie' en een 'onevenredige verdeling van mankracht en financiële middelen', die ten koste dreigden te gaan van de 'harde psychiatrie' voor 'de zwaarst getroffenen'. Bovendien werden er in de media en de politiek vraagtekens gezet bij de effectiviteit van psychotherapie; wetenschappelijk was die niet aan te tonen.[3237]

Met name de financiële moeilijkheden waarin het Amsterdamse IMP geraakte nadat de financiering van de instituutspsychotherapie vanwege de AWBZ onder de verantwoordelijkheid van de Ziekenfondsraad was komen te vallen, trok veel kritische aandacht en negatieve publiciteit. Voorheen had het IMP in Amsterdam vrijwel onbeperkt op eigen gezag cliënten in behandeling kunnen nemen en de kosten achteraf, zonder noemenswaardige controle en zonder kostenplafond, gedeclareerd bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst, die belast was met de administratie van de

---

[3233] Schnabel 1991, 25; vergelijk Hellinga 1981a; Lemmens en Schnabel 1994, 12; Schnabel 1995, 150-175; Abma 1995, 80; De Groot 1995a, 133.
[3234] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 91; De Groot 1995a, 32; Gomperts 1992, 109.
[3235] Duijker 1980.
[3236] De Swaan 1980; Van Oosten 1980; Schnabel 1980; Heerma van Voss 1981a; De Jonghe 1981; vergelijk Aarsen 1980.
[3237] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 18; Nooter 1979, 139-140; Van der Reijden 1984, 38; Van den Hout 1981.

arbeidsongeschiktheidswet. Dankzij deze financiering met een open einde, had het IMP zich gestaag kunnen uitbreiden. De Ziekenfondsraad werd bij de overgang naar de AWBZ geconfronteerd met een fors financieel tekort vanwege achterstallige betalingen, die hij niet wilde overnemen. Er dreigde een faillissement en na een vertrouwenscrisis trad de directie af. Critici grepen deze affaire gretig aan om het IMP en de psychotherapie in een kwaad daglicht te stellen. Uiteindelijk werden de medewerkers van het grootste IMP verdeeld over vijf RIAGG'en.[3238] Een paar jaar later kwam de psychotherapie opnieuw negatief in de publiciteit toen het weekblad *Vrij Nederland* een serie artikelen wijdde aan seksueel misbruik van cliënten door psychotherapeuten. In de daarop volgende jaren nam het aantal klachten hierover bij de rechter, de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid en de Commissie Toezicht van de NVPT toe. Naar schatting zou zes procent van de psychotherapeuten zich hieraan schuldig maken.[3239]

Begin 1980 verzocht de Tweede Kamer de regering in een motie een onderzoek in te stellen naar de werking van psychotherapie en de voorwaarden waaraan zij zou moeten voldoen. Gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu voerden het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en de Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam onder leiding van S. Schagen het onderzoek uit. Daaruit kwamen in 1985 twee rapporten voort over psychotherapie in IMP'en en vrijgevestigde praktijken. Deze weerspraken bepaalde kritiek. Het idee dat psychotherapie vaak een jarenlang voortslepende behandeling was, bleek niet met de werkelijkheid overeen te komen. Zeventig procent van de cliënten was minder dan een jaar, 25 procent tussen één en twee jaar en slechts 5 procent langer dan twee jaar in behandeling. Het aantal mensen dat een langdurige klassieke psychoanalyse onderging, bedroeg in Nederland niet meer dan 500.[3240]

Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat de wensen van veel cliënten en de ambities van therapeuten nogal uiteenliepen. De cliënten, van wie bijna twee op de drie tussen 25 en 40 jaar oud waren, gaven over het algemeen de voorkeur aan een korte, snelle behandeling die zich direct op hun klachten richtte en zij streefden niet zozeer een verandering van hun persoonlijkheid na. De behandelaars daarentegen wilden vaak grondiger op de psychologische achtergrond van problemen ingaan en diepgaander veranderingen teweegbrengen in het leven van hun cliënten.[3241] In de praktijk pasten de therapeuten zich evenwel veelal aan de wensen van de cliënten aan, van wie de meesten het resultaat van de behandeling positief waardeerden, ook al was de verbetering van hun toestand doorgaans niet spectaculair te noemen. Een ander bezwaar dat vaak in de debatten rond psychotherapie opdook betrof de vermeende voorkeur van psychotherapeuten voor 'lichte' problemen ten koste van mensen met ernstiger psychische stoornissen. Ook hier was nuancering op zijn plaats, zo brachten de onderzoekers naar voren. De meest voorkomende moeilijkheden waren depressie, fobisch getinte problemen, angsten, relatiemoeilijkheden en psychosomatische klachten en daarbij constateerden zij dat de 'lichtere' en 'zwaardere' problemen elkaar in evenwicht hielden.

[3238] De Swaan 1978; De Swaan 1980; Heerma van Voss 1981a; Mijs 1990.
[3239] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 11; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 36; Heerma van Voss 1984; De Nobel 1992.
[3240] Schagen 1985, 23, Aarsen 1985, 35.
[3241] Aarsen 1985, 22-23.

Hoewel cliënten negatief oordeelden over de tijdrovende procedures van de IMP'en - aanmelding, spreekuurgesprek, intake, indicatiestelling, adviesgesprek en dan pas daadwerkelijke therapie - en de particuliere praktijken toegankelijker waren en minder voortijdige uitvallers kenden, was er weinig verschil in waardering voor de twee organisatievormen. Wat het soort behandeling betrof, werd vastgesteld dat de psychodynamische en gedragstherapieën het meest frequent toepassing vonden, waarbij ongeveer de helft zich op het individu richtte en de andere helft uit groeps- of relatietherapie bestond.[3242]

4.6.3. *De psychotherapeutische markt en psychologisering*

Voor zover de ontwikkeling van de psychotherapeutische beroepspraktijk en de cliënten daarvan nader is onderzocht, hebben enkele sociale wetenschappers hun aandacht vooral gericht op het toonaangevende en grootste IMP in Nederland, dat van Amsterdam.[3243] Zij constateren dat naarmate de professionalisering van de psychotherapie voortschreed, ook de clientèle een specifieker profiel kreeg: bepaalde sociale groepen waren vanaf de jaren zestig oververtegenwoordigd. On- en halfgeschoolde arbeiders kwamen hoe dan ook nauwelijks voor. De cliënten waren overwegend afkomstig uit de middengroepen en meer in het bijzonder relatief hoog opgeleid, overwegend jong, ongehuwd, onkerkelijk, woonachtig in een stad en studerend of werkzaam in verzorgende en dienstverlenende beroepen, zoals het maatschappelijk werk, de verpleging en het onderwijs.[3244] Voor zover mensen met een lage opleiding toegang kregen tot een behandeling op het IMP, maakten zij een grote kans op gedragstherapie. De inzichtgevende psychodynamische therapie, die verbale begaafdheid en introspectief vermogen vereiste, was voornamelijk weggelegd voor de hoger opgeleide cliënten.

In de toelatingscriteria van het IMP voor de laatste vorm van psychotherapie gaven - los van de uitzifting van de somatische, ernstige psychiatrische of verslavingsproblematiek, die bij andere instellingen thuishoorde - sociale status, opleiding, leeftijd en het beroep als zodanig echter niet de doorslag. Van groter belang waren de sociale omgeving en netwerken van cliënten in zoverre introspectie en zelfbeschrijving in psychologiserende termen daar min of meer gemeengoed waren. Daardoor waren zij als leken vertrouwd met het begrippenkader en de denkwijze van psychotherapeuten. Inzichtgevende psychotherapie veronderstelde bij cliënten een vermogen om omgangs- en belevingsmoeilijkheden met enige distantie en begrijpelijk onder woorden te brengen, de bereidheid om zichzelf verantwoordelijk te stellen voor hun leven en wat daarin mis was gegaan, te leren van opgedane ervaringen en de eigen houding te veranderen. Of mensen wel of niet de weg naar de psychotherapeut wisten te vinden en deze hen al dan niet geschikt achtte voor deze behandelmethode, hing van deze attitudes en vaardigheden af. Het ging om de mate waarin zij 'protoprofessioneel' ingesteld waren, om hun mentale en sociale verwantschap met de beroepsgroep. Het IMP op zijn beurt selecteerde zijn cliënten op deze kenmerken. Naarmate mensen beter

---

[3242] Schagen 1985, 106.
[3243] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a.
[3244] Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 97, 104, 124; De Swaan 1978, 76; Van Lieshout en De Ridder 1991b, 24-25.

konden verwoorden wat hen dwars zat en beter tot zelfreflectie in staat waren, kwamen zij eerder voor behandeling in aanmerking.[3245]

De groeiende klantenkring hing echter niet alleen samen met de verbreiding van protoprofessionele kennis en vaardigheden, maar ook met bepaalde ontwikkelingen in de samenleving, die vooral jongeren aan den lijve ondervonden. Veertienhonderd spreekuur- en intakeverslagen van het IMP in Amsterdam uit de periode 1968-1977 zijn inhoudelijk geanalyseerd. Dit levert een beeld op van de ervaringen van psychotherapiecliënten tegen de achtergrond van de maatschappelijke veranderingen in die tijd.[3246] Het aantal cliënten groeide snel toen de gemeente in de tweede helft van de jaren zestig psychotherapie ging financieren op basis van de Algemene Bijstandswet en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet. Mede daardoor meldden steeds meer mensen zich op eigen initiatief aan. In de onderzochte periode kwamen in totaal bijna 18.000 Amsterdammers bij het IMP terecht en ging de helft daarvan in therapie.[3247]

De problemen waarmee mensen bij de psychotherapeut aanklopten - behalve moeilijkheden met sociale contacten, relaties en seksualiteit kwamen nervositeit, angst- en agressiegevoelens, dwanggedachten en psychosomatische kwalen veel voor - lagen grotendeels op het snijvlak van individuele beleving en veranderende maatschappelijke omstandigheden. De liberalisering op tal van gebieden in de jaren zestig en zeventig ging vergezeld van een toenemende nadruk op persoonlijke autonomie en een groeiende oriëntatie van mensen op hun als uniek beleefde innerlijk en gevoelsleven. Mensen waren vaker dan vroeger op zichzelf teruggeworpen. Geconfronteerd met sociale veranderingen en nieuwe idealen, lukte het niet iedereen de eigen opvattingen, attitudes en gevoelens daarbij aan te passen. Grotere mogelijkheden tot onafhankelijkheid en zelfontplooiing en een ruimere keuzevrijheid konden op individueel niveau onzekerheid en verwarring met zich meebrengen en stonden vaak op gespannen voet met de behoefte aan geborgenheid. Problemen ontstonden vooral waar mensen de kloof tussen nieuwe vrijheden en oude manieren van denken, voelen en gedragen moeilijk konden overbruggen. In dit opzicht was de problematiek van de IMP-clientèle vergelijkbaar met die van de katholieke homoseksuelen die rond 1960 hulp zochten bij het Amsterdamse Pastoraal Bureau.[3248] Aan het eind van de jaren zeventig veranderde de aard van de problemen: moeilijkheden rond relaties en seks stonden minder op de voorgrond en ook het verband met maatschappelijke ontwikkelingen was minder evident dan daarvoor - waaruit zou zijn op te maken dat meer en meer mensen zich de geliberaliseerde normen en waarden hadden eigen gemaakt. Depressie, fobieën en angststoornissen en psychosomatische klachten traden toen meer op de voorgrond.[3249]

Vooral jongeren die op het IMP hulp zochten, balanceerden tussen vrijheid en afhankelijkheid.[3250] Velen behoorden tot de generatie die voor het eerst op grote schaal de mogelijkheid had om zich vóór het huwelijk onafhankelijk te maken van hun ouders. Hun problemen draaiden vaak om onzekerheid, angst en teleurstelling over de gewonnen vrijheid nadat zij zelfstandig waren gaan wonen. Het leven in Amsterdam werd niet altijd

---

[3245] De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 37, 50, 84-86; vergelijk Oosterbaan en Zeldenrust 1988.
[3246] Van Lieshout en De Ridder 1991a; vergelijk De Ridder 1993.
[3247] Van Lieshout en De Ridder 1991b, 18.
[3248] Zie 3.7.6. Psychotherapie en zielzorg; vergelijk Becker 1985.
[3249] Van Lieshout en De Ridder 1991a.
[3250] De Ridder 1991c.

als bevrijdend ervaren: de grote anonieme stad was ook confronterend en bedreigend. Gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid speelden de jongeren parten: naast het werk of de studie vormden vooral relaties en sociale contacten bronnen van twijfel. Zij kampten met tegenstrijdige gevoelens. Aan de ene kant wilden ze zich losmaken van thuis, aan de andere kant hadden zij moeite om hun hoofd boven water te houden in Amsterdam. Hun experimenten met relaties en seks verliepen allesbehalve zorgeloos. Terwijl vrijmoedigheid en spontaniteit tot nieuwe norm waren verheven, stond hun seksuele opvoeding en voorlichting - als ze die al hadden gekregen - in het teken van vermeende gevaren. Hun gedrag mocht dan vrijer zijn geworden, de meer restrictieve moraal waarmee ze waren opgevoed, speelde deze jongeren nog parten en dat leidde vaak tot innerlijke spanningen en schuldgevoelens.[3251]

Juist in een tijd waarin de bevrijding van het lichaam werd gevierd, meldden mensen zich aan bij het IMP omdat zij niet veel plezier aan hun lijf konden beleven. Aangezien afkomst, maatschappelijke positie, beroep en geloof aan belang inboetten op de relatiemarkt en het uiterlijk een grotere rol ging spelen, ervoeren zij lichamelijke onvolkomenheden in toenemende mate als problematisch en zorgden deze voor psychisch onbehagen.[3252] Vooral vrouwen hadden ook om andere redenen ambivalente gevoelens over de seksuele revolutie. Mannen verweten vrouwen te weinig toeschietelijkheid op het gebied van seks, maar vrouwen ervoeren de pas verworven seksuele vrijheid niet zelden als een nieuwe vorm van dwang. Relatieproblemen tussen mannen en vrouwen hingen samen met de veranderende verhoudingen tussen de seksen.[3253] Conflicten en communicatiestoornissen tussen mannen en vrouwen leken in de jaren zeventig nog heviger te worden door de verschuiving in de machtsbalans ten gunste van vrouwen; zij confronteerden mannen duidelijker dan voorheen met hun wensen. De zorg voor het huishouden en de kinderen was vaak onderwerp van conflicten. Vrouwen verweten mannen ook dat ze niet genoeg praatten, onvoldoende uitdrukking gaven aan hun gevoelens en niet genoeg affectie toonden. De vrouwen vonden vaak een bondgenoot in de therapeut: hun neiging om moeilijkheden uit te praten, erover te onderhandelen, gevoelens te uiten en hun veranderingsgezindheid pasten in het psychotherapeutische ethos. De psychotherapeuten ondersteunden vrouwenemancipatie in zekere zin. Zij achtten het probleem van de onattente echtgenoot en het geïsoleerde bestaan van de huisvrouw als behandelbaar en stimuleerden vrouwen om autonomie te verwerven en zich te ontplooien door middel van werk of (nieuwe) relaties.[3254]

IMP-therapeuten stonden hierin niet alleen. Ook hulpverleners in BLGV's stimuleerden vrouwen, die zich met relatieproblemen in het huwelijk meldden, om voor zichzelf op te komen. 'Ik wilde die vrouwen aan het werk krijgen en ze uit hun situatie halen,' aldus een maatschappelijk werkster die begin jaren zeventig was verbonden aan het BLGV in Breda.

> Gooi die man er toch uit als het niet meer lukt. Altijd maar dat verzoenende. Dat vond ik vernederend. […] Ik stoorde me aan de deterministische visie van de kerk op de positie en de rol van de vrouw in huwelijk en opvoeding […] Dat mensen

[3251] Van Daalen en Van Stolk 1991.
[3252] Mol 1991.
[3253] Abraham 1991.
[3254] Brinkgreve en Westerbeek 1991.

> niet voor zichzelf konden beslissen, irriteerde me. Ik wees vrouwen in geval van mishandeling bijvoorbeeld op hun machtsmiddelen, zoals het inschakelen van de politie. […] Ik probeerde zoiets aan te pakken vanuit de optiek dat noodzakelijke veranderingen in een huwelijk nu eenmaal niet stiekem kunnen gaan.[3255]

De inzet van psychotherapeuten kenmerkte zich door een streven naar bevrijding van traditionele opvattingen en morele voorschriften. Mensen moesten vastgeroeste tradities en conventies van zich afschudden en onafhankelijk worden, maar het probleem was dat zij de normen en idealen waarmee ze waren opgegroeid en die ze hadden verinnerlijkt, niet altijd even gemakkelijk achter zich konden laten. Zodoende profiteerden veel mensen in de ogen van de hulpverleners niet optimaal van het verruimde gedragsrepertoire. Veel cliënten stopten eerder met de behandeling dan de therapeuten gewenst achtten; minder dan de helft was volgens hen bij de beëindiging ervan vrij van klachten. Verder was typerend voor de denktrant van de psychotherapeuten dat ze ondanks hun emancipatorische engagement de maatschappelijke omstandigheden niet betrokken in de behandeling, maar moeilijkheden vooral psychologisch, deels psychoanalytisch, interpreteerden. Zij brachten deze vaak in verband met vroegere jeugdervaringen. Zo ging bij cliënten die problemen hadden met hun werk de aandacht van de therapeuten niet zozeer uit naar het werk zelf of de verhoudingen op de werkplek als wel naar de individuele levensloop en psychologische ontwikkeling. De therapeuten interpreteerden moeilijkheden op dit gebied vooral als symptomen van dieper liggende persoonlijkheidsproblemen.[3256] Hetzelfde gold voor de behandeling van alcohol- en drugsverslaafden, waarin niet zozeer het verslavingsgedrag als wel de psychische achtergrond daarvan centraal kwam te staan.[3257] Meer in het algemeen was het kenmerkend voor psychotherapie dat de hulpvragen waarmee mensen zich aanmeldden zodanig werden geherformuleerd dat de bredere sociale context buiten beschouwing bleef. De aandacht van de therapeuten concentreerde zich op de persoonlijke eigenschappen van hun cliënten en de mogelijkheden tot individuele verandering.[3258]

Niettegenstaande de individualiserende optiek van psychotherapeuten kan de toenemende behoefte aan deze vorm van hulpverlening niet los worden gezien van maatschappelijke ontwikkelingen.[3259] De sterke groei van psychotherapie liep parallel aan een mentaliteitsverandering die zich in de jaren 1965-1985 voltrok, in eerste instantie vooral onder de groepen waaruit de psychotherapeutische clientèle afkomstig was, maar geleidelijk aan ook daarbuiten. Het gaat hier om psychologisering, dat wil zeggen een combinatie van toenemende individualisering, verinnerlijking en het onderkennen en uiten van gevoelens. De betekenis van het begrip psychologisering heeft in de historisch-sociologische literatuur verschillende accenten gekregen. In door Elias' civilisatietheorie geïnspireerde beschouwingen wordt psychologisering gezien als een gevolg van een toenemende wederzijdse afhankelijkheid van mensen en een daarmee gepaard gaande verandering in hun onderlinge omgang. Daardoor moesten zij steeds meer rekening gaan houden met elkanders gevoelens en bedoelingen en hun driftmatige impulsen grotendeels

---

[3255] Willemsen 2001, 151, 155.
[3256] Van Lieshout 1991.
[3257] Gerritsen 1991.
[3258] Vergelijk Davis 1984; De Ridder 1991a.
[3259] Vergelijk Van Dantzig en De Swaan 1978.

verinnerlijken en beheersen. Anderen associëren psychologisering met de sinds de jaren zestig toegenomen waardering van persoonlijke emoties. Met het begrip informalisering wijst de socioloog Wouters erop dat beide tendensen samengingen. Juist dankzij de grotere zelfbeheersing van mensen ten opzichte van elkaar, kwam er vanaf de jaren zestig ruimte om (een grotere variatie aan) gevoelens te uiten.[3260]

Op basis van een analyse van de raadgevingen aan mensen met persoonlijke problemen in de adviesrubriek van het populaire vrouwenblad *Margriet* in de periode 1938 en 1978 signaleren de sociologen C. Brinkgreve en M. Korzec een verschuiving van een oriëntatie op vastomlijnde, eenduidige richtlijnen en normen, gedicteerd door godsdienstige ge- en verboden, algemene fatsoensnormen en gezagsdragers, naar een waardering van persoonlijke autonomie en individuele afweging. Wik en weeg zorgvuldig en beslis dan zelf, zo luidde de nieuwe boodschap van *Margriet* vanaf de jaren zestig. De dwang van hoe het hoorde en wat hoger geplaatsten voorschreven, maakte plaats voor eigen inzicht en individuele verantwoordelijkheid. Ook veranderde de houding ten aanzien van persoonlijke gevoelens die tot conflicten met anderen leidden of op gespannen voet stonden met de heersende moraal. Werd er tot in de jaren zestig nog op aangedrongen dergelijke emoties te onderdrukken en er niet te veel over te praten, in de jaren zeventig stuurden de adviezen aan op de erkenning en acceptatie ervan. Mensen dienden de eigen drijfveren te onderzoeken, eerlijk ten opzichte van zichzelf te zijn en moeilijkheden met anderen uit te praten. Open communicatie werd de nieuwe norm voor relaties. Voor zover een zekere beheersing van het gevoels- en driftleven gewenst werd geacht, was dat niet omdat het uiten van emoties intrinsiek slecht of een teken van moreel tekortschieten zou zijn, maar omdat mensen rekening met anderen moesten houden.[3261]

Niet alleen in een blad als *Margriet* was sprake van een toenemende nadruk op de persoonlijke eigenheid, de innerlijke drijfveren en de individuele emotiehuishouding. Deze kwamen ook steeds meer centraal te staan in de individuele zelfpresentatie. Aan de hand van de analyse van ruim 60.000 contactadvertenties die tussen 1945 en eind jaren tachtig verschenen in dagbladen als *de Volkskrant*, *Het Parool*, *Trouw* en *De Telegraaf*, heeft de psycholoog W. Zeegers laten zien hoe de zelfbeschrijving van mensen die op deze wijze naar een partner zochten, veranderde. Steeds terugkerende verwijzingen naar afkomst, stand, bezit, beroep, geloof en algemene fatsoensnormen wijzen erop dat de zelfpresentatie vóór de jaren zestig werd opgehangen aan maatschappelijke positie en sociaal gewenst gedrag. Vanaf de jaren zestig werd de zelfbeschrijving persoonlijker: uiterlijke kenmerken als 'net', 'beschaafd' en 'degelijk' maakten plaats voor individuele karaktertrekken, de subjectieve beleving, de gevoelswereld en de zelfgekozen levensstijl. In toenemende mate accentueerden adverteerders, volgens Zeegers een doorsnee van de Nederlandse bevolking, hun autonomie en authenticiteit. De veranderende invulling van de persoonlijke identiteit als een individueel variërende, unieke innerlijke kwaliteit illustreert dat mensen hun leven niet zozeer opvatten als een vast traject binnen een vastliggende maatschappelijke orde, maar meer als een project dat ze zelf naar keuze vormgaven. Zij namen afstand tot de gestandaardiseerde gedragsregels, die voorheen waren verbonden met maatschappelijke stand en godsdienstige bindingen, en oriënteerden zich in toenemende mate op hun persoonlijke overtuigingen, innerlijke

[3260] Abma et al. 1995; Zeegers 1988, 161-177; Wouters 1990, 39-57.
[3261] Brinkgreve en Korzec 1978; vergelijk Wouters 1990, 39-57.

drijfveren en gevoel als leidraad voor hun zelfpresentatie. De standaardlevensloop maakte plaats voor de keuzelevensloop.[3262]

De psychologiserende zelfbeschouwing, die zich vanaf de jaren zestig in de Nederlandse samenleving verspreidde, hing nauw samen met veranderende sociale verhoudingen en omgangsvormen tussen mensen. Over het geheel genomen werd de twintigste eeuw gekenmerkt door een toename van de materiële welvaart - met een gemiddelde groei van drie procent verachtvoudigde het bruto nationaal product - een nivellering van inkomens, een groeiende deelname aan het voortgezet onderwijs en een vergroting van de kansen om op eigen kracht hogerop te komen. Vanaf halverwege de jaren vijftig tot halverwege de jaren tachtig vond een versnelling in deze ontwikkelingen plaats, een ware 'egalitaire revolutie'.[3263] Ook de collectivisering van de sociale zekerheid vergrootte de mogelijkheden van individuen om hun leven naar eigen inzicht in te richten. De verzorgingsstaat, die alle Nederlandse burgers zonder onderscheid dezelfde sociale rechten toekende, ondermijnde het hiërarchische maatschappelijke weefsel dat veel mensen, alleen al om economisch te overleven, gebonden hield aan hun directe omgeving, aan ouders, partner, gezin, familie en kerk. Het formele, gebureaucratiseerde collectivisme van de verzorgingsstaat verschilde van het verzuilde collectivisme van voor de jaren zestig waarin de ondergeschiktheid van het individu aan levensbeschouwing, gezag en gemeenschap centraal stond.[3264] De beperking van het verhaalsrecht op de familie in de bijstandswet gaf aan dat de economische afhankelijkheid binnen families verzwakte. Ook beroofde deze wet de kerken van een machtsmiddel: binding aan de kerk kon niet langer worden afgedwongen met het al dan niet verlenen van materiële ondersteuning.[3265] Machtsverschillen en afhankelijkheidsrelaties tussen mensen werden minder statisch en eenzijdig en de sociale distantie tussen rangen, standen, generaties, seksen en gelovigen van verschillende kerken nam af. Vastliggende conventies en gedragsregels, die met hiërarchische en geformaliseerde sociale verhoudingen en gegeven maatschappelijke posities samenhingen, verloren aan betekenis. Met de democratiseringsbeweging van de jaren zestig en de realisering van medezeggenschap en inspraak in uiteenlopende maatschappelijke instituties en organisaties kwam deze ontwikkeling in een stroomversnelling terecht. De 'bevels-' of 'gehoorzaamheidshuishouding' ruimde het veld voor de 'onderhandelingshuishouding'.[3266]

De evenwichtiger machts- en afhankelijkheidsbalans bracht met zich mee dat meer mensen de mogelijkheid kregen zichzelf in het maatschappelijk verkeer te laten gelden en dat zij een grotere variëteit aan gevoelens en gedragingen tot uiting konden brengen. Tegelijkertijd dwong de toegenomen gelijkwaardigheid hen ertoe om meer dan voorheen rekening met anderen te houden en zich ten opzichte van elkaar te beheersen. Terwijl mensen in materieel opzicht minder afhankelijk van elkaar waren geworden, werden de gevoelsbindingen in de privésfeer van gezin, relaties en vriendschap intenser,

---

[3262] Zeegers 1988; Zeegers 1990; vergelijk Schnabel 1983; Baumeister 1987; Gergen 1991; Schnabel 1999; Brinkgreve 2001, Schnabel 2001; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 12; Liefbroer en Dijkstra 2000.

[3263] Van den Berg en Hartog 1999; Mandemakers 1999; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001; Pen 2001; Schuyt 2001; Luiten van Zanden 2001; Schuyt en Taverne 2000, 302.

[3264] Schnabel 1982b; Van Stolk en Wouters 1982 en 1983; Wouters 1990, 80-95; Schnabel 1999; Schuyt 2001, 30; Schuyt en Taverne 2000, 249; De Regt 1984, 251.

[3265] De Regt 1984, 250.

[3266] De Swaan 1979; vergelijk Wouters 1990 en Brinkgreve 2001.

maar ook kwetsbaarder. Aangezien persoonlijke relaties losser kwamen te staan van sociale en economische afhankelijkheidsverhoudingen, kwam het daarin steeds meer aan op de emotionele banden en dienden mensen in dit opzicht de nodige inspanningen te leveren om de kwaliteit ervan te bewaren.[3267] Daarnaast vereiste het sociale verkeer in de publieke sfeer in toenemende mate een vermogen tot flexibiliteit en rolwisseling. Naarmate expliciete regels en formele conventies in de onderlinge omgang aan belang inboetten en het individuele gedrag minder voorspelbaar werd, kwam het meer aan op zelfregulering, subtiele onderhandeling en wederzijdse instemming. Spontaniteit en ongedwongenheid zonder zelfverheffing en zonder voor anderen te buigen werd de nieuwe leidraad in de sociale omgang. Om de juiste balans te vinden tussen assertiviteit en inschikkelijkheid ten opzichte van anderen, waren mensen gebaat bij sociale vaardigheden, inlevingsvermogen en zelfkennis. De 'informalisering' van de onderlinge verhoudingen tussen mensen vereiste een innerlijke, op zelfsturing gebaseerde gevoels- en gedragsregulering.

De democratisering van de maatschappelijke verhoudingen en de emancipatie van het individu gingen gepaard met een morele heroriëntatie. De godsdienstig gekleurde burgerlijke moraal, die het leven van Nederlanders tot halverwege de jaren zestig bepaalde, bood hen in de vorm van strikte geboden en verboden duidelijke richtlijnen. De veel minder expliciete en psychologiserende vormgevingsmoraal die daarna terrein won, veronderstelde dat mensen zich op een beredeneerde, weloverwogen manier door hun eigen drijfveren en gevoelens lieten leiden. In deze zin was de psychologisering een vorm van rationalisering en subtiele zelfbeheersing. De onderkenning van driftmatige en emotionele impulsen leidde er niet toe dat deze het gedrag rechtstreeks bepaalden, maar wel dat ze tot object van reflectie en gesprek werden en op een doordachte en gecontroleerde manier tot uiting kwamen.[3268]

De morele verschuiving stelde hoge en soms tegenstrijdige eisen aan mensen en bracht nieuwe problemen met zich mee. Hoe minder dwang en bemoeienis van buitenaf, hoe meer ze zelf hun weg moesten zien te vinden en hoe meer last ze van zichzelf ondervonden als dat niet lukte. Hoe hoger de verwachtingen omtrent de individuele zelfontplooiingskansen, hoe groter de teleurstelling als deze niet waren te realiseren. Nederlanders kregen meer ruimte dan vroeger om het leven naar eigen inzicht in te richten en om persoonlijke verlangens te vervullen, zonder dat ze veel acht hoefden te slaan op sancties of morele restricties. De keerzijde van de grotere vrijheid en gelijkheid was minder geborgenheid en houvast en de noodzaak om rekening te houden met de beweegredenen en gevoelens van anderen. In het gedemocratiseerde sociale verkeer, waarin formele regels plaats maakten voor onderhandeling en zelfregulering, kwam het aan op zowel een sterk ontwikkeld zelfbewustzijn en psychische weerbaarheid als inzicht in en begrip voor andermans drijfveren. Mensen dienden zichzelf te kennen en anderen aan te voelen.[3269] Naarmate het belang van subtiele sociale vaardigheden toenam, raakte de omgang tussen mensen en de wijze waarop zij elkaar beoordeelden, steeds meer gepsychologiseerd. Spanningen en conflicten tussen mensen werkten door in hun

[3267] Schnabel 1991a, 504; De Regt 1984, 251; vergelijk Giddens 1991 en Giddens 1992.
[3268] Ketting 1983; Zeegers 1988, 161; Wouters 1990, 45-57; Schnabel 1991a, 503.
[3269] Wouters 1990, 45-47.

innerlijk, waardoor de psychische belasting kon toenemen en de kans groter werd dat op individueel niveau twijfels, angsten en onzekerheden ontstonden.[3270]

De morele liberalisering in de jaren zestig en zeventig gaf soms aanleiding tot gemengde gevoelens. De botsing tussen oude geïncorporeerde waarden en nieuwe mogelijkheden kon innerlijke tweestrijd met zich meebrengen. Nu de vormgeving van het leven meer was overgelaten aan de individuele keuze en verantwoordelijkheid en er ruimte was gekomen voor bewustwording, zelfontplooiing en emancipatie, namen onzekerheid en verwarring over de keuzes waarvoor mensen stonden toe, zoals blijkt uit de problematiek van de Amsterdamse IMP-clientèle. Psychologisering ging gepaard met opvoedings- en omgangsonzekerheden en kon de angst om abnormaal te zijn, versterken. Zo bracht de seksuele liberalisering nieuwe eisen met zich mee omtrent het optimaal seksueel functioneren. Naarmate seksualiteit belangrijker werd voor het persoonlijke welbevinden en voor de instandhouding van relaties, kregen moeilijkheden op dit terrein een diepere betekenis en werden zij op individueel niveau intenser ervaren. Een van de paradoxen van de seksuele revolutie is dat de behoefte aan en het aanbod van de seksuologische hulpverlening toenam. Goede seks kwam niet vanzelf, maar vereiste oefening. Als bron van persoonlijke en relationele verrijking bleef seksualiteit zo een gevoelig onderwerp van zorg.[3271]

4.6.4. *Fluwelen en harde psychiatrie*

Zoals we eerder hebben gezien kenden de ambulante voorzieningen - SPD, MOB, BLGM, IMP en CAD - uiteenlopende ontstaansgeschiedenissen, inhoudelijke en levensbeschouwelijke oriëntaties, behandelvormen en verbindingen met andere maatschappelijke terreinen. Het ambulante werkgebied zoals dat vanaf het interbellum tot ontwikkeling was gekomen, bestond uit een lappendeken van organisaties en hulpverleningsadressen. Daarbij waren onderlinge communicatie, samenwerking en centrale coördinatie ver te zoeken, had het publiek onvoldoende overzicht en liet de bereikbaarheid te wensen over. Door hun ongelijkmatige spreiding over het land waren vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd: sommige steden en regio's, vooral de Randstad, waren goed voorzien, andere slecht of vrijwel helemaal niet. De instanties waar cliënten terechtkwamen waren vaak niet direct gekozen vanwege de aard van de moeilijkheden; andere factoren zoals nabijheid, geloof of binding met een zuil, speelden een minstens zo belangrijke rol.[3272] Het aantal verschillende verenigingen en beleidsinstellingen dat zich op diverse deelgebieden van dit werkterrein richtte, was groot en de talloze naamswisselingen, reorganisaties, samenwerkingsverbanden en fusies maakten het geheel niet overzichtelijker. Zo bestonden begin jaren zestig maar liefst veertig landelijke organisaties. Het aantal provinciale, regionale en plaatselijke verenigingen en stichtingen was een veelvoud daarvan.[3273] De grote verscheidenheid en versnippering waren te wijten aan de belangrijke rol van verschillende particuliere, verzuilde initiatieven naast de activiteiten van provinciale en gemeentelijke organisaties. Niet alleen tussen confessionele en neutrale organisaties was sprake van rivaliteit, ook de diverse ambulante instellingen - de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en

[3270] Brinkgreve 1980 en Brinkgreve 1988.
[3271] Bierkens 1970; Bierkens 1989; Van Vugt 1989; Schnabel 1990.
[3272] Querido 1954, 15, 22 en 39; Trimbos 1983 [1968]; De Smit 1970, 72 e.v.; Verbraak 1984.
[3273] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 24-37.

psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de SPD'en, de diverse consultatiebureaus en psychotherapeutische instituten - kenden uiteenlopende belangen.

In paragraaf 4.2.3. is al aan de orde geweest dat de ambulante voorzieningen op aandrang van de overheid moesten samenwerken en fuseren. De RIAGG-vorming stuitte echter op nogal wat weerstand van de onderling verdeelde hulpverleners.[3274] Zij waren beducht voor aantasting van verworven rechten en verlies aan autonomie. Velen van hen, die gewend waren om binnen kleinschalige organisaties te werken, zagen een centralistische, bureaucratische moloch opdoemen die de afstand tussen hulpverlener en cliënt zou vergroten en die geen recht zou doen aan democratische medezeggenschap en de maatschappijkritische dimensie van de hulpverlening.[3275] De reorganisatieplannen gaven aanleiding tot discussies over de vraag of het ambulante werkveld in de eerste plaats psychiatrie, welzijnszorg of sociale actie moest zijn. De verdeeldheid hierover werd in de hand gewerkt door het politieke engagement van veel hulpverleners, de uiteenlopende professionele samenstelling van de verschillende voorzieningen en hun uiteenlopende clientèle. Terwijl het IMP een psychiatrisch en psychologisch bolwerk was en in de SPD psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen de overgrote meerderheid vormden, bestond een groot deel van de staf van het MOB, het BLGV en het CAD uit maatschappelijk werkers.[3276] Alleen de SPD hield zich met geesteszieken bezig; de andere instellingen richtten zich voornamelijk op psychosociale problemen. Velen waren bang dat de integratie ten koste zou gaan van de veelvormigheid en diversiteit van de ambulante zorg en vooral ook dat het eigen werkveld en de eigen werkwijze in een gemeenschappelijke organisatie in het gedrang zouden komen. Vooral in de SPD'en en IMP'en vreesden psychiaters dat de RIAGG-vorming ten koste zou gaan van hun invloed.

Zowel het IMP als het BLGV en het MOB distantieerden zich (wederom) van de zorg voor psychiatrische patiënten. Ze profileerden zich als welzijnsvoorzieningen met een psychotherapeutische oriëntatie, hoewel de laatste twee consultatiebureaus zich minder exclusief en selectief opstelden dan het IMP. Vooral de IMP-therapeuten konden weinig enthousiasme opbrengen voor de RIAGG-vorming. Met hun eigen gespecialiseerde instituut en de daaraan verbonden professionele normen, autonomie en hoge salarissen hadden zij veel te verliezen.[3277] IMP-therapeuten die geen medische vooropleiding hadden, vreesden voor inkomensverlies, omdat hun salaris op het niveau van dat van psychiaters niet was te handhaven bij een fusie met andere instellingen, waarin veel niet-medisch opgeleide psychotherapeuten lager waren ingeschaald. Vrijgevestigde psychiaters die psychotherapie bedreven, voelden zich vanwege de concurrentie bedreigd door de RIAGG, temeer omdat de AWBZ (vanaf 1980) alleen instituutspsychotherapie bekostigde. Binnen de BLGV's, die als enige ambulante voorziening beleidsmatig niet onder Volksgezondheid maar onder Maatschappelijk Werk

---

[3274] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 10; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 12-13.

[3275] Willemsen (2001, 227, 292) wijst erop dat de RIAGG-vorming in dit verband vaak in het bijzonder nadelig uitpakte voor vrouwelijke medewerkers, die vaak in deeltijd werkten. Met het verdwijnen van kleine werkeenheden verminderden hun autonomie en zeggenschap over hun werk en werden ze ondergeschikt aan een leidinggevend kader dat vaak in meerderheid uit mannen bestond.

[3276] Aarsen 1985, 50.

[3277] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978a; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978c; Lumeij 1978; Wiersema 1981.

vielen en een gering aantal psychiaters in dienst hadden, bestond veel verzet tegen de RIAGG omdat de verwachting was dat de psychiatrie daarin grote invloed zou krijgen.[3278]

Niet zonder reden vreesden hulpverleners in de SPD'en en de CAD's daarentegen dat de zorg voor psychiatrische patiënten en verslaafden in het gedrang zou komen in een samenwerkingsverband met het IMP, het MOB en het BLGV. Deze richtten zich immers overwegend op de aanspreekbare, gemotiveerde en behandelbare cliënten en bewaarden afstand tot de patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en alcohol- en drugsverslaafden, die soms onhandelbaar en agressief waren.[3279] Het MOB had zich al vanaf zijn ontstaan duidelijk afgegrensd van de hulpverlening aan geestelijk gestoorde en zwakzinnige kinderen. De hulpverleningscontacten in deze instelling, zo maakte de *Gids voor de geestelijke gezondheidszorg* eind jaren zestig duidelijk,

> beogen de ouders inzicht bij te brengen in de diepere problematiek, die veelal aan de moeilijkheden van het kind ten grondslag ligt. Daartoe dient bij de ouders bereidheid tot hulpaanvaarding te bestaan en voorts mag bij de ouders zowel als bij het kind geen sprake zijn van een meer ernstige vorm van gestoordheid met name in intellectuele zin.[3280]

De gids van 1978, *Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg*, beklemtoonde nogmaals: 'bij het kind moeten positieve mogelijkheden aanwezig zijn voor een psychotherapeutische behandeling, terwijl van de ouders verwacht moet kunnen worden, dat zij zich daadwerkelijk en persoonlijk in kunnen zetten voor een diepergaand contact.'[3281] Al in de jaren zestig was uit onderzoek naar een MOB in Den Haag naar voren gekomen dat deze instelling met haar psychotherapeutische oriëntatie vooral tegemoet kwam aan behoeften die in de hogere en middenklassen leefden. De arbeidersklasse daarentegen wist de weg naar het MOB nauwelijks te vinden en het bood ook geen behandelingsmogelijkheden voor kinderen met ernstige gedragsproblemen. In de loop van de jaren zestig en zeventig klonk steeds weer het verwijt dat het MOB elitair en in zichzelf gekeerd was en daardoor een ongewenste selectie van zijn cliënten in de hand werkte.[3282]

Ook de BLGV's selecteerden hun cliënten in toenemende mate door middel van een behandelaanbod waarin een psychotherapeutische oriëntatie een prominente plaats innam.[3283] 'Voorwaarde voor de behandeling die wij gaven, was natuurlijk wel dat men over gevoelens kon praten en enigszins kon objectiveren. We probeerden inzicht te verschaffen', aldus een maatschappelijk werker die in de jaren zeventig aan het BLGM in Breda was verbonden.[3284] In een publicatie van de NVAGG over de BLGM was te lezen dat de behandeling gericht was op 'het op gang brengen van strukturele

---

[3278] Willemsen 2001, 239.
[3279] Van der Stel 1995, 406, 427; Akkermans 2001, 654; De Boer 2004, 114-120.
[3280] Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a (herdruk juni 1969 in losbladige klapper), 241.
[3281] Romme 1978b, 120.
[3282] Bruyel en Van Meurs 1964; Bremer 1965; Van Gennip-Horsten 1967; Kruisinga 1970, 6, 35; Franswa 1971; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1972.
[3283] Kruisinga 1970, 35-37.
[3284] Willemsen 2000, 228-229.

veranderingsprocessen in het gedrag van kliënten, waardoor deze (opnieuw) in staat zijn hun funktioneren in hun relaties te verbeteren.' De cliënten waren gemotiveerde mensen zonder ernstige psychische stoornissen, maar in het bezit van 'psychologische mogelijkheden (de stap kunnen zetten) en kulturele vaardigheden […] (uitdrukkingsvermogen)'.[3285] Het doel van de BLGV was, zo viel te lezen in de gids voor geestelijke gezondheidszorg van 1978,

> de hulpvrager, cliënt, in eerste instantie te helpen de eigen rol in zijn vastgelopen situatie te ontdekken en te onderzoeken en hem te motiveren tot het zelf zoeken naar oplossingen. De therapeutische relatie die een werker van het LGV-bureau met een hulpvrager aangaat, doet een beroep op de groeikracht, de zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.[3286]

Dezelfde gids bevatte een waslijst aan voorwaarden waaraan hulpvragers dienden te voldoen om voor inzichtgevende therapie op een IMP in aanmerking te komen. Zij moesten beschikken over ziekte-inzicht en introspectief vermogen; bereid en in staat zijn om hun klachten met het eigen gevoelsleven in verband te brengen; de confrontatie met zichzelf aandurven; sterk genoeg in hun schoenen staan om angst, frustratie en teleurstelling te verdragen, die de therapie naar boven kon brengen; in staat zijn om een min of meer hechte en blijvende gevoelsrelatie aan te gaan; flexibel en veranderingsgezind zijn; en een zekere continuïteit in de levensloop vertonen - een brokkelige levensgeschiedenis bood geen goede prognose voor psychotherapie.[3287] Het IMP was er niet voor patiënten met zware psychische stoornissen, somatische aandoeningen en mensen die in een 'ernstige sociale ontredderingstoestand' verkeerden, had de psychiater Fischer al eerder geschreven.[3288]

Het lijkt erop dat de IMP'en, BLGV's en MOB's voornamelijk cliënten verwelkomden die alleen maar een duwtje in de rug nodig hadden om zichzelf te helpen. Vanwege de tendens in deze instellingen om drempels op te werpen, was het gevaar niet denkbeeldig dat de te vormen RIAGG'en mensen met zwaardere psychiatrische stoornissen zouden weren. De psychiatrische ziekenhuizen, die inmiddels in toenemende mate met poliklinieken ook sociaalpsychiatrische activiteiten ontplooiden, stelden zich gereserveerd op tegenover de RIAGG-vorming. Hun relatie met de SPD'en was vanaf de jaren zestig verslechterd.[3289] De SPD'en met hun aanbod van zowel psychosociale begeleiding als meer directieve ondersteuning en medische zorg, zoals behandeling met psychofarmaca, namen een onzekere positie in tussen de andere ambulante instellingen en de intramurale psychiatrie. Hun werkzaamheden overlapten met die van de poliklinieken en de vrijgevestigde psychiaters en de SPD'en verloren daaraan ook terrein. In de jaren zeventig daalde het aandeel van de SPD'en in de nazorg voor uit psychiatrische ziekenhuizen ontslagen patiënten van meer dan 50 naar minder dan 30 procent, terwijl het aandeel van de poliklinieken verdubbelde van 10 naar 20 procent en

---

[3285] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg s.a. [1976], 6, 21; vergelijk Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1979.
[3286] Romme 1978b, 32.
[3287] Romme 1978b, 40-41; vergelijk Kruisinga 1970, 39.
[3288] Fischer 1970, 44.
[3289] Frets 1969; Mastboom 1982a, 17-20, 35-36.

dat van huisartsen verdrievoudigde van 7 naar meer dan 20 procent. Het aandeel van de poliklinieken in de totale ambulante hulpverlening zou in de jaren tachtig oplopen tot meer dan een kwart van de inschrijvingen.[3290] Mede als gevolg van de regionalisering namen de psychiatrische ziekenhuizen met hun poliklinieken de voor- en nazorg voor hun patiënten deels weer in eigen hand. Hierdoor konden ze beter greep houden op hun opname- en ontslagbeleid. De poliklinieken beschikten over een ruimer therapeutisch aanbod en konden sneller patiënten in behandeling nemen dan de overbelaste SPD'en, die er bovendien steeds meer toe neigden om een min of meer selectief aannamebeleid te voeren.[3291] Al met al raakte de nazorg voor ontslagen psychiatrische patiënten versnipperd, wat nogal eens ten koste van de effectiviteit ervan ging.[3292]

De koers van de SPD'en was niet geheel eenduidig. Al langer vertoonden ze een neiging om zich van de psychiatrische ziekenhuizen te verwijderen en zich ook te richten op de therapeutische behandeling van stoornissen en problemen waarvoor geen opname vereist was. Veel sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen gingen zich met psychotherapeutische behandelingsvormen op afspraak bezighouden, wat ten koste ging van hun traditionele activiteiten: huisbezoeken, crisisinterventie en praktische ondersteuning van patiënten in hun dagelijkse leven.[3293] De exploratie van het 'zachte' deel van de ambulante hulpverleningsmarkt, dat van de aanspreekbare en behandelbare cliënten, waaraan meer professionele eer was te behalen dan aan de ernstige en moeilijke gevallen, werd in de jaren zeventig in de hand gewerkt door een groeiend aantal psychologen en maatschappelijk werkers in de SPD'en. Naast het voorkómen van onnodige opnamen en het verkorten van het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis stelde de sociale psychiatrie zich ook de preventie van stoornissen tot taak, een doelstelling die al in de rijkssubsidieregeling van 1961 werd genoemd. In deze lijn lag het aanhalen van de band met andere ambulante instellingen meer voor de hand dan een nauwe verbinding met de psychiatrische ziekenhuizen.[3294]

Door dit alles dreigde de sociaal-psychiatrische begeleiding en ondersteuning van (ex-)psychiatrische patiënten alsook de crisisopvang door SPD'en naar de achtergrond te verschuiven.[3295] Al in 1971 hadden de psychiaters P.J. Stolk en A.P. de Visser ervoor gewaarschuwd dat de verkettering van de klinische psychiatrie in de maatschappijkritische ambulante geestelijke gezondheidszorg nadelige gevolgen kon hebben voor de sociale integratie van psychiatrische patiënten.[3296] Anderen constateerden tien jaar later dat de gerichtheid op psychotherapie en de kritiek op het medische model

---

[3290] Mastboom 1982b, 524-525; Mastboom 1982a, 19-22, 75, 165; vergelijk Frets 1969; De Smit 1970; Esser 1970-1971, I; Van Londen 1973; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 135; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 19-20; Hiddema 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981; Hoogduin en De Haan 1979, 759; Ten Horn 1982a, 52-53; Verbraak 1984; Willemsen 2001, 275; Van de Beek 1991, 6.
[3291] Mastboom 1982a, 17, 19, 35-36, 44, 53, 174-175, 179; vergelijk Ten Horn 1982a, 52-53
[3292] Ten Horn 1982a, 148, 155, 160-161, 169; vergelijk Jenner 1984.
[3293] Ten Horn 1982a, 67.
[3294] Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten 1970; Romme en Frowijn 1970; Esser 1970-1971, I; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978b, 4, 15-31; Horst 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 7, 95-96.
[3295] Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978b, 9-17; Schudel 1979; Schudel 1981; Colaco Belmonte 1979; Ten Horn 1979; Ten Horn 1982a, 155, 160-161, 175-176; Ten Horn 1982b; Hoogduin 1982; Ten Horn en Giel 1983; Van den Boom 1987, 114.
[3296] Stolk en De Visser 1971.

een alibi was geworden voor 'vluchtpsychiatrie'. Hulpverleners zouden hun 'psychohobby' uitleven door zich voornamelijk te richten op mensen die de hulp het minst nodig hadden.[3297] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid signaleerde begin jaren tachtig 'wildgroei-activiteiten' onder SPD-hulpverleners op het terrein van de 'fluwelen psychiatrie' ten koste van hun eigenlijke taken op het gebied van de 'harde psychiatrie': de opvang van acute gevallen, de crisisinterventie en de (thuis)zorg voor en sociale ondersteuning van oudere, chronische psychiatrische patiënten.[3298] De kritische kanttekeningen van de inspectie kregen bevestiging in een onderzoek naar de intakeprocedures van het sociaal-psychiatrische Crisiscentrum in Utrecht, dat onder de titel 'Discriminerende hulpverlening' in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verscheen. Het bleek dat de ene hulpvrager meer kans had om toegelaten te worden dan de andere. De nadruk op een psychosociale benadering in de hulpverlening, dat wil zeggen 'problemen oplossen door erover te praten', werkte selectief. De 'lichtere' gevallen, mensen met relatieproblemen waren in het voordeel ten opzichte van cliënten met zwaardere geestelijke stoornissen. In feite werden de laatsten gediscrimineerd en 'systematisch weggezuiverd', waardoor de hulpverlening eerder tegemoet kwam aan de behoefte van de hulpverlener zelf dan aan die van de clientèle die de hulp het hardst nodig had.[3299]

Dergelijke selectiemechanismen leidden er in Amsterdam bijvoorbeeld toe dat de psychiaters van de Afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD zich steeds meer geconfronteerd zagen met de restgroep die elders werd afgeschoven en nergens anders terecht kon: de onbehandelbare, lastige, agressieve en ernstig geesteszieke mensen die met een scala aan problemen kampten: lichamelijke kwalen, verarming, vereenzaming, zelfverwaarlozing, vervuiling, verslaving en sociaal isolement. Met hun lage inkomen en scholingsgraad, hun geringe beroepsprestige alsmede hun slechte woonsituatie en hoge werkloosheid behoorden deze 'sociale schipbreukelingen' over het algemeen tot de onderkant van de samenleving. De gang naar de GG en GD was dan ook nooit een bewuste, vrijwillige keuze. De patiënten werden bijna altijd door andere instellingen doorverwezen en hadden geen andere mogelijkheden meer. Vanaf de jaren zestig kwam een groeiend aandeel van de patiënten via politie en justitie bij de GG en GD terecht en het aantal acute noodsituaties waarin de psychiaters moesten ingrijpen, liep in de jaren zeventig op tot meer dan 3.000 jaarlijks. Deze ontwikkeling werd in de hand gewerkt door de 'psychiatrisering' van maatschappelijke overlast. Mensen die met hun afwijkende gedrag hun omgeving hinder bezorgden, golden in toenemende mate als geestelijk gestoord en kwamen op deze manier steeds vaker in de psychiatrie terecht. Geleidelijk aan verschoof de functie van de gemeentelijke dienst van psychiatrische voor- en nazorg en opnamebemiddeling naar de bemoeienis met de uitzichtloze misère die andere hulpverleningsinstellingen met hun selectieve toelatingsbeleid buiten de deur hielden. In de aantekeningen van de psychiaters klinkt dan ook een zekere berusting en zelfs

[3297] Van Oosten 1980.
[3298] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 24; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 13; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 74-75; vergelijk Van Ginneken 1981, 445; Van der Wilk 1982; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994.
[3299] Beenackers 1982, 37, 38, 45.

cynisme door over de effecten van hun bemoeienis. In de jaren zeventig en tachtig stond de afdeling geestelijke hygiëne ook wel bekend als 'het vuilnisvat'.[3300]

Binnen de sociale psychiatrie was de psychohygiënische en psychotherapeutische oriëntatie omstreden.[3301] Vooral de gemeentelijke SPD'en in de grote steden verzetten zich tot op het laatst tegen hun integratie in de RIAGG. De vrees was dat in deze nieuwe particuliere organisatie de historisch gegroeide band met het lokale bestuur en andere plaatselijke maatschappelijke instellingen verloren zou gaan. Hierdoor dreigde het openbare karakter van de acute en sociale psychiatrie, waarop de gemeentelijke diensten zich in het bijzonder toelegden, in het gedrang te komen. Het ging hierbij vooral om de doorlopend bereikbare crisisdiensten voor acute gevallen en om hulpverlening aan moeilijk aanspreekbare probleemgroepen zoals daklozen en verslaafden, die behalve met psychiatrische ook met lichamelijke klachten en sociale problemen kampten. Deze vroegen in de regel niet zelf om hulp, maar zorgden soms wel voor maatschappelijke overlast. Gemeenten konden hun eigen psychiatrische diensten opdragen om dergelijke groepen op te vangen, maar de RIAGG'en vielen als particuliere instellingen niet onder hun gezag. Er bestonden plannen om de invloed van de gemeenten op de RIAGG'en en hun openbare taken wettelijk te regelen, maar de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die de gemeenten de verantwoordelijkheid gaf voor de openbare en preventieve gezondheidszorg en die de Tweede Kamer in 1982 aannam, bleef een dode letter en werd later weer ingetrokken.[3302] In Amsterdam bleef de GG en GD nog tot 1988 taken vervullen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg en de acute psychiatrie; activiteiten die de RIAGG'en in de hoofdstad vooralsnog lieten liggen.[3303]

Uiteindelijk ging het sociaalpsychiatrische werkveld op in de RIAGG, in tegenstelling tot het CAD, hoewel dit zich aanvankelijk sterk op de ambulante geestelijke gezondheidszorg richtte. De Federatie van instellingen voor de Zorg van Alcoholisten (FZA), die sinds 1968 alle consultatiebureaus overkoepelde, sloot zich in 1972 aan bij de NVAGG en bleef buiten de fusie van verschillende reclasseringsinstellingen, waar de verslavingszorg ook nauw mee samenwerkte.[3304] Wat de overheidsfinanciering van de CAD's betreft verschoof het zwaartepunt in de loop van de jaren zeventig van het Ministerie van Justitie naar dat van Volksgezondheid en Milieu. Tegelijkertijd was het aantal medici, in het bijzonder psychiaters, in de CAD's beperkt en hetzelfde gold voor de psychologen. Maatschappelijk werkers kregen om zowel praktische als ideologische redenen nog sterker dan voorheen de overhand. Er was meer behoefte aan een sociaal-directieve dan aan een medische aanpak, omdat veel cliënten via de reclassering met het CAD in aanraking kwamen. Bovendien werd, net als in andere ambulante instellingen, vanaf het eind van de jaren zestig het op het individu en persoonlijkheidskenmerken

---

[3300] Akkermans 2006, 53-55, 58-59, 68-71, 171; vergelijk Oosterbaan, Zeldenrust en Schnabel 1989, 250; Gersons 1983; Gersons 1986; Donker 1982; Van Leeuwen 1989.
[3301] Schudel 1979; Schudel 1981; Ten Horn 1979; Ten Horn 1982a, Colaco Belmonte 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 95-96.
[3302] Kerkhoff 1994, 84-85, 95; Festen et al. 1997, 61; vergelijk Wennink 1998, 95, 106, 144. Met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid kregen de gemeenten in 1990 alsnog preventietaken toegewezen.
[3303] Akkermans 2006, 17.
[3304] Van der Stel 1995, 395-397.

gerichte medische model ter discussie gesteld en werd gepleit voor een benadering van verslaving als sociaal vraagstuk.[3305]

Vanaf het eind van de jaren zestig richtte de verslavingszorg zich niet alleen op alcoholisten, maar ook op drugsgebruikers.[3306] De toename van het aantal cliënten van 11.000 in 1968 tot 16.000 in 1975 kwam voor een groot deel voor rekening van jeugdige drugsverslaafden, van wie velen betrokken waren bij de tegencultuur en die een andere sociale achtergrond hadden dan de alcoholisten. Drugsverslaafden vormden in de tweede helft van de jaren zeventig bijna de helft van het cliëntenbestand, een aandeel dat begin jaren tachtig was teruggelopen naar een derde.[3307] Die terugloop hing samen met de concurrentie van laagdrempelige jongerenhulpverlening in JACs, Releases en Sosjale Joenits alsook andere alternatieve voorzieningen voor drugsverslaafden, die subsidie kregen van het Ministerie van CRM en die een tolerante houding innamen tegenover drugsgebruik. Tussen de verslavingshulpverleners onderling ontstonden conflicten over de te volgen koers. Moesten zij genezing nastreven door middel van (verplicht) afkicken of, op basis van een tegemoetkomende houding, drugsgebruik min of meer trachten te beheersen met behulp van de verstrekking van methadon of zelfs heroïne? Deze polarisatie was verweven met de voortdurende spanning binnen de CAD's tussen enerzijds de ontwikkeling in de richting van psychosociale hulpverlening op basis van vrijwilligheid en gelijkwaardigheid en anderzijds, mede vanwege de justitiële reclasseringstaak van de CAD's, de neiging om dwang en drang toe te passen.[3308] Deze spanning was van invloed op de relatie tussen het CAD en de RIAGG in wording.

Lange tijd werd ervan uitgegaan dat de CAD's zouden opgaan in de RIAGG, maar na veel discussie en gemanoeuvreer besloten zij om er buiten te blijven en er alleen mee samen te werken. De CAD's zegden hun lidmaatschap van de NVAGG in 1982 op en ze kwamen niet onder de AWBZ te vallen; voor de financiering bleven zij afhankelijk van subsidiëring door de Ministeries van Volksgezondheid en Milieu en van Justitie.[3309] Vanwege de specifieke kenmerken van de verslavingszorg, die niet alleen het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook dat van het maatschappelijk werk en de justitiële reclassering omvatte, ging in deze sector de voorkeur uit naar de handhaving van een apart hulpverleningscircuit. Dit temeer omdat alcohol- en drugsverslaafden wat betreft motivatie, probleembewustzijn, initiatief en verbale begaafdheid vaak niet voldeden aan het profiel van de sterk op psychotherapie georiënteerde ambulante sector. De vrees bestond dat de RIAGG verslaafden net als andere 'zware probleemgevallen' stiefmoederlijk zou behandelen.

Ook waren de CAD's nauw verbonden met zowel verslavingsklinieken als de justitiële sector, terwijl de ambulante zorg de afstand tot de intramurale zorg benadrukte en onder invloed van het democratiseringsideaal elke associatie met dwang wilde vermijden. In de jaren zeventig kregen vier CAD's een eigen kliniek. Daarnaast waren twee oudere sanatoria omgevormd tot categorale klinieken en kwamen er nog een nieuwe verslavingskliniek en twee gespecialiseerde afdelingen van psychiatrische inrichtingen bij. Medio jaren tachtig waren er 25 verslavingsklinieken, waaronder categorale

[3305] Van der Stel 1995, 359; Esser 1966.
[3306] Van der Stel 1995, 383-391; vergelijk Blok 2007, 172-191.
[3307] Van der Stel 1995, 377, 389; Hoekstra 1984, 785.
[3308] Van der Stel 1995, 424.
[3309] Van der Stel 1995, 391-427.

afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, intramurale voorzieningen van CAD's en zogenoemde 'hiërarchisch gestructureerde' therapeutische gemeenschappen voor drugsverslaafden zoals de Emiliehoeve van het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal.[3310] In de verslavingshulpverlening bestond in het algemeen minder weerzin tegen intramurale opname dan in andere ambulante instellingen. In de jaren 1980-1984 verdubbelde het aantal opnamen van drugsverslaafden.[3311] De verslavingszorg ontwikkelde zich in eigen regionale circuits, die grotendeels samenvielen met de justitiële arrondissementen. Niettegenstaande de intenties in die richting kwam er van nauwe samenwerking tussen CAD's en RIAGG'en weinig terecht.[3312]

4.6.5. *De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*

Ondanks alle bezwaren en verzet vanuit de diverse ambulante instellingen alsmede de verdeeldheid en het onderlinge wantrouwen binnen hun belangenorganisatie, de NVAGG, vond de RIAGG-vorming uiteindelijk doorgang. De druk van de overheid en de Ziekenfondsraad alsmede de groeiende noodzaak van financiële beheersbaarheid gaven uiteindelijk de doorslag.[3313] Na een lang en moeizaam proces van geharrewar en onderhandeling tussen de betrokken partijen, waarbij inhoudelijke argumenten en belangentegenstellingen een onontwarbare kluwen vormden, gingen de eerste RIAGG'en in 1982 van start.[3314] Deze nieuwe instelling, die uiteenlopende vormen van hulpverlening en verschillende beroepsgroepen - overwegend psychiaters, psychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers - verenigde, richtte zich met verschillende activiteiten - behandeling, begeleiding, crisisinterventie, advies, voorlichting, onderzoek, preventie en consultatie ten behoeve van eerstelijns hulpverleners zoals huisartsen - op een breed scala aan problemen, van levensmoeilijkheden tot psychisch lijden en geestesziekte. De RIAGG was niet op levensbeschouwelijke grondslag maar op regionale basis georganiseerd. Tegen de zestig neutrale, gelijkmatig over het hele land verspreide RIAGG'en kregen elk een eigen werkgebied met tussen de 150.000 en 300.000 inwoners. RIAGG'en werden alleen officieel erkend en collectief gefinancierd als ze rechtspersoonlijkheid bezaten en eindverantwoordelijkheid droegen voor het hulpaanbod in de gehele regio. De financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ werd vanaf 1983 wettelijk afhankelijk gesteld van de erkenning als RIAGG. Op deze manier stelde de overheid grenzen aan de uitbreiding van de institutionele ambulante zorg.

Voor officiële erkenning was vereist dat een RIAGG tenminste een SPD, een MOB, een BLGM en een IMP omvatte en deze voorzieningen integreerde. Dat garandeerde nog niet dat zij ook daadwerkelijk in elkaar opgingen. In veel RIAGG'en duurde het nog jaren voordat de oude, bij elkaar geveegde werkverbanden echt plaats maakten voor hechte samenwerking.[3315] Hoewel de RIAGG'en geen uniforme

---

[3310] Van der Stel 1995, 349-350; Blok 2007, 179-187; vergelijk Esser 1970-1971, II: 55; Hoekstra 1984, 787.
[3311] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 50.
[3312] Van der Stel 1995, 400, 412-413, 425-428.
[3313] Heerma van Voss 1981c; Van Heugten en Breemer ter Stege 1982, 171; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 40; Van der Stel 1995, 425; Festen et al. 1997, 82.
[3314] Van der Reijden 1984, 25; Mijs 1987; Mijs 1990.
[3315] Grossouw 1984; Mijs 1987; Mijs 1990; Festen et al. 1997, 85-86, 98; Willemsen 2001, 291, 317.

organisatiestructuur kenden en onderling nogal wat diversiteit vertoonden, bleven de uiteenlopende werkvormen en doelgroepen van de MOB's, BLGV's, IMP'en en SPD'en over het algemeen duidelijk herkenbaar bestaan in de vorm van verschillende RIAGG-afdelingen. Dankzij de instelling van zogenaamde aparte Organisatorische Eenheden Psychotherapie wisten de voormalige IMP-psychotherapeuten in bijna alle RIAGG'en een zekere apartheid en exclusiviteit te bewaren. Het werkgebied van de voormalige SPD, het BLGV en het MOB kwam in de RIAGG grotendeels overeen met dat van de afdelingen sociale psychiatrie, psychosociale hulpverlening voor volwassenen en jeugdzorg. De integratie van de verschillende deelgebieden van het ambulante werkveld in de RIAGG kreeg vooral gestalte in de gemeenschappelijke intake van nieuwe cliënten door hulpverleners van verschillende disciplines.[3316]

Nieuw waren de aparte teams voor bepaalde groepen cliënten zoals vrouwen, allochtonen en ouderen. Emancipatie-idealen speelden hier duidelijk een rol. Begin jaren tachtig bracht het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een themanummer uit over vrouwenhulpverlening, organiseerden het NcGv en de NVAGG studiedagen en verscheen een tweetal nota's over dit onderwerp.[3317] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu schonken de nodige aandacht aan de ontwikkeling van de vrouwenhulpverlening; begin jaren negentig constateerde de Inspectie dat deze een volwaardige en sterke positie in de RIAGG'en had verworven.[3318] Het NcGv organiseerde in 1983 een symposium over migranten in de geestelijke gezondheidszorg en de NVAGG stelde in samenwerking met de Inspectie een Werkgroep etnische minderheden in om na te gaan hoe de RIAGG beter bereikbaar viel te maken voor allochtonen.[3319] De RIAGG-ouderenzorg groeide in de jaren tachtig uit tot de snelst groeiende specialisatie binnen de ambulante sector. Mede vanwege het overwegend psychotherapeutisch georiënteerde ambulante behandelaanbod in de jaren zeventig, had deze groep relatief weinig aandacht gekregen. De overheid drong in de jaren tachtig aan op meer ambulante zorg voor bejaarden om de snelle aanwas van het aantal verpleeghuisbedden voor met name demente ouderen enigszins te remmen.[3320]

De RIAGG was in menig opzicht een product van het optimisme van de jaren zeventig volgens welke psychische moeilijkheden door middel van vroegtijdige interventie te verhelpen waren.[3321] De nieuwe instelling moest laagdrempelig zijn en nam met de multidisciplinaire benadering afstand van de medische psychiatrie, zoals de MOB's, de BLGV's en de IMP'en dat al eerder hadden gedaan. Met de RIAGG was niet alleen een regionalisering van de ambulante zorg doorgevoerd, maar werd ook het principe van echelonnering gerealiseerd. De geestelijke gezondheidszorg kreeg drie echelons: de eerste lijn van de huisarts, de wijkverpleegster en de eerstelijns psycholoog,

---

[3316] Van de Beek en Hutschemaekers 1993; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 16.
[3317] Steinmann 1985.
[3318] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 81; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 44; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 99.
[3319] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 78; zie verder 5.4.2. De hulpvraag: cliënten en klachten.
[3320] Robben 1992. Binnen de NVP kwam in 1981 een Sectie Psychiatrie voor Ouderen tot stand. Witteman 1995, 313. In 1988 waren in de RIAGG'en veertig op dit terrein gespecialiseerde psychiaters werkzaam en rond 1990 werden er leerstoelen voor ouderenpsychiatrie ingesteld in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht. Witteman 1995, 314.
[3321] Vos en Hutschemaekers 1999, 172.

de tweede lijn van de ambulante instellingen - naast de nieuwe RIAGG ook poliklinieken en particuliere praktijken - en de derde lijn van de semi- en intramurale voorzieningen.[3322] De RIAGG was bedoeld als spil tussen enerzijds de eerstelijnszorg en het maatschappelijk werk en anderzijds de semi- en intramurale geestelijke gezondheidszorg.

De overheid had de RIAGG-vorming mede uit kosten- en efficiency-overwegingen bevorderd. Vooral in de eerste jaren van hun bestaan riep het brede en nauwelijks afgebakende takenpakket van de RIAGG'en echter voortdurend discussie op. Zo gingen er stemmen op om de behandeling van 'lichte' psychosociale problemen over te hevelen naar de eerste lijn en de hulpverlening aan jongeren onder te brengen in een categoraal georganiseerde, algemene jeugdhulpverlening.[3323] De verantwoordelijkheden van de RIAGG op het terrein van de sociale psychiatrie en de openbare geestelijke gezondheidszorg voor psychisch gestoorden die niet uit zichzelf hulp zochten, waren onduidelijk en deze overlapten met de werkzaamheden van psychiatrische poliklinieken en het maatschappelijk werk. Bovendien was de plaats van de psychotherapie - afzonderlijk of geïntegreerd in volwassenenafdelingen - omstreden.[3324] Tegelijkertijd werden RIAGG'en voortdurend geconfronteerd met de toeloop van nieuwe probleemgroepen, zoals lijders aan posttraumatische stress, kinderen van geesteszieke ouders, depressieve en onderbehandelde ouderen, seksueel misbruikte vrouwen en kinderen, overspannen werknemers, allochtonen en asielzoekers. Aangezien de financiële middelen beperkt werden, raakten de RIAGG'en in de loop van de jaren tachtig overbelast en ontstonden er wachtlijsten.[3325] Het aantal cliënten steeg snel: terwijl het gezamenlijke aantal nieuwe inschrijvingen bij de SPD'en, MOB's, BLGM's en IMP'en in 1980 nog rond de 88.000 telde en er eind 1980 zo'n 65.000 cliënten in behandeling waren, deden in 1985 135.000 mensen een beroep op de RIAGG'en en had hun cliëntenbestand aan het eind van dat jaar een omvang van 120.000 bereikt. De groei van het aantal hulpverleners - van bijna 3.100 in 1980 tot ruim 3.900 in 1985 - bleef daarbij ver achter.[3326] Eén op vier à vijf cliënten meldde zich op eigen initiatief aan, bijna de helft kwam via de huisarts bij de RIAGG terecht en de rest werd door andere instanties doorverwezen.[3327]

[3322] Van der Reijden 1984, 24. In 1984 waren er rond de 200 eerstelijns psychologen werkzaam.

[3323] De afdelingen voor jeugdzorg bleven echter gehandhaafd. Begin jaren negentig was ongeveer een derde van de RIAGG-clientèle tussen vier en twintig jaar oud, waaronder meer jongens dan meisjes (bij de volwassenenafdeling kwamen meer vrouwen dan mannen terecht). De meest voorkomende klachten betroffen gedrags-, opvoedings- en leermoeilijkheden, problemen in het gezin of in de omgang met leeftijdsgenoten, identiteitsproblemen en depressieve, stemmings-, angst- en hechtingsstoornissen. De jeugdzorg kenmerkte zich door intensieve en langdurige intakeprocedures en deze leidden vaker dan in de volwassenenzorg tot enkel diagnose en doorverwijzing. Vermande, Faber en Hutschemaekers 1997.

[3324] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1985, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1986; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1987; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1990; Festen 1997.

[3325] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 56; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 77; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 22; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 75; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 84; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 162; Festen et al. 1997, 99.

[3326] Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 154-155, 157.

[3327] Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 154; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13.

Uit de snelle groei van het aantal cliënten valt op te maken dat de RIAGG vanuit het oogpunt van bereikbaarheid en toegankelijkheid - een belangrijke doelstelling van de regionalisering - grotendeels aan de verwachtingen beantwoordde of deze zelfs overtrof. De meerderheid van de cliënten was over het algemeen redelijk tevreden over de hulpverlening. Desondanks had de RIAGG vanaf het begin met een imagoprobleem te kampen. Zij stond voortdurend bloot aan kritiek van cliënten, de overheid, de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, media, onderzoekers en hulpverleners, zowel van buiten als vanuit de RIAGG zelf. De RIAGG was nog maar nauwelijks tot stand gekomen of het verwijt klonk dat deze zich overwegend op de verkeerde cliënten richtte, namelijk mensen met 'lichte' psychosociale problemen en persoonlijkheidskenmerken die hen kwalificeerden voor een psychotherapeutische behandeling.[3328] Ook zou de multidisciplinaire samenwerking, onder andere vanwege de tijdrovende intakeprocedures, ten koste van de doelmatigheid gaan.

Met name de sterk uitgedijde psychotherapeutische hulpverlening aan mensen die ogenschijnlijk niet aan psychiatrische stoornissen leden, maar gebukt gingen onder levensproblemen en als mild aangemerkte psychische aandoeningen, raakte begin jaren tachtig in het geding. De behoeften waaraan deze tegemoet kwam, waren eindeloos en er dreigde een wildgroei van de psychotherapeutische beroepsgroep, zo luidde de kritiek. Naarmate de kosten opliepen werden er zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg meer vraagtekens geplaatst bij de pretenties en de noodzaak van deze hulpverlening. Er kwam een einde aan de euforie waarmee de psychotherapie in de jaren zeventig in de schijnwerpers was komen te staan: als cultureel verschijnsel kreeg zij minder aandacht van de media en het maatschappelijk aanzien van psychotherapeuten als de wegbereiders voor een nieuwe levenshouding raakte aangetast.[3329] Het zelfoplossend vermogen van individuen, hun gezinnen en hun naaste omgeving moest gestimuleerd worden, zo was te lezen in de *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* (1983) van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De geestelijke gezondheidszorg diende zich te concentreren op de gemarginaliseerde groepen die echt hulp nodig hadden: de lijders aan ernstige, moeilijk behandelbare en vaak chronische geestesziekten en de gedragsgestoorde, lastige en soms agressieve psychiatrische patiënten, die niet beantwoordden aan het profiel van de aanspreekbare en behandelbare cliënten op wie een groot deel van de ambulante voorzieningen zich toelegde.

De sociale psychiatrie, die onder veel werkers in de ambulante sector een lage status genoot en waarin de op zelfontplooiing gerichte welzijnsideologie vanwege de ernst van de problematiek weinig praktische relevantie had, zou volgens deze gedachtegang herwaardering verdienen.[3330] Hulpverleners in de sociale en acute psychiatrie voelden zich in de RIAGG echter ondergewaardeerd en betreurden de teloorgang van de kleinschaligheid en de informele werkwijze van de vroegere SPD'en. De gebureaucratiseerde en meer grootschalige werkwijze in behandelteams zou niet geschikt zijn voor patiënten die behoefte hadden aan een meer persoonlijke vertrouwensband en huisbezoeken.[3331] Vanuit de RIAGG'en werd er ook op gewezen dat zij hun sociaal-psychiatrische taken moeilijk konden uitbreiden zolang hun middelen en

[3328] Van der Reijden 1984, 64-68.
[3329] Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5.
[3330] Schnabel 1985, 157; Van Lieshout 1985a; Schene 1995; Hosman en Geelen 1997, 162.
[3331] Bakker, De Goei en Vijselaar 1994.

invloed vergeleken met de psychiatrische ziekenhuizen beperkt waren en er geen sprake was van een door de overheid afgedwongen bedden- en opnamereductie. Het was niet te verwachten dat ziekenhuizen uit eigen beweging de RIAGG'en meer zeggenschap over hun patiënten zouden geven, omdat ze dan hun eigen bestaan ter discussie stelden.[3332]

Dat de RIAGG, waarin het idealisme van de jaren zeventig nog doorwerkte, zich in de beginjaren met veel kritiek en knelpunten geconfronteerd zag, hield mede verband met het veranderende klimaat in zowel de samenleving als de geestelijke gezondheidszorg in de eerste helft van de jaren tachtig: de geest van *no-nonsense* zou de toon gaan aangeven en het streven naar kostenbeheersing en doelmatigheid won aan belang.

[3332] De Bont 1985.

Nabeschouwing deel 4

De jaren zeventig vormden in de geschiedenis van de psychiatrie, in de woorden van de socioloog P. Schnabel, een periode van 'grote bestuurlijke gekte en veel therapeutische gekkigheid'.[3333] Terugkijkend vanuit het begin van de eenentwintigste eeuw sprak een verpleegkundige die destijds in het Psychiatrisch Ziekenhuis Groot Bronswijk in het Groningse Wagenborgen werkzaam was, van 'een hele krankjorume wereld'. Hij maakte het mee dat een deel van de separeerruimtes voor agressieve patiënten werd inricht als 'baarmoeder' voor jonge lijders aan schizofrenie om zogenaamd opnieuw geboren te worden, terwijl aan de andere kant van de muur patiënten onder dwang in isoleercellen zaten.[3334] In de inleiding gaven we al aan dat de geestelijke gezondheidszorg zich in deze jaren kenmerkte door paradoxen. Wellicht de grootste komt in de titel van dit deel tot uitdrukking: de kritiek op de psychiatrie ging samen met een exponentiële groei van de geestelijke gezondheidszorg, met name het ambulante deel daarvan, alsook een vergroting van de toegankelijkheid van en de vraag naar hulpverlening.

In geen andere periode werden ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zozeer door ideologie en politisering bepaald als in de jaren zeventig.[3335] Toch was er ondanks alle turbulentie veel minder sprake van een breuk met de voorgaande periode dan op het eerste gezicht lijkt. Inhoudelijk bouwde de hulpverlening voor een groot deel voort op therapeutische innovaties in de jaren vijftig, waaronder ironisch genoeg de psychofarmaca, die zoveel adepten van het socio- en psychotherapeutisch ethos verguisden. De diverse sociaalpsychologische behandelmethoden hadden in de twee decennia na de Tweede Oorlog al op kleinere schaal ingang gevonden. Vanaf het eind van de jaren zestig kregen ze, vaak in geradicaliseerde vorm, een veel bredere toepassing. De relatieve rust die de psychofarmaca in de jaren vijftig in de psychiatrische ziekenhuizen brachten, vormde de basis waarop sociaalpsychologische behandelmethoden zich konden uitbreiden en verdiepen.

De soms felle botsingen die de geestelijke gezondheidszorg in de jaren zeventig kenmerkten, gingen eigenlijk niet over de essentie van de inhoudelijke oriëntatie van de hulpverlening. Er bestond brede steun voor een intensivering van de behandelactiviteiten en de communicatie met patiënten om hen te activeren en hun zelfstandigheid te vergroten. Ook het streven naar een verbetering van hun leefklimaat door middel van schaalverkleining en differentiatie kon op veel instemming rekenen. Er was geen sprake van een scherp en massief generatieconflict. Ook bij de oudere generatie was vernieuwingsdrang aanwezig. Het oudere fenomenologisch-personalistische gedachtegoed en het nieuwere, deels aan Amerikaanse voorbeelden ontleende socio- en psychotherapeutische behandelrepertoire vertoonden meer overeenkomsten dan verschillen. In feite probeerde de jongere generatie de idealen van de aanhangers van de fenomenologisch-personalistische benadering te realiseren, ook al verwoordden ze hun streven op een andere manier, en kregen ze daar in de jaren zeventig, mede dankzij de ruimere financiering, meer mogelijkheden voor dan hun voorgangers.[3336] Het streven naar spontane zelfontplooiing bouwde voort op de invulling die het ideaal van geleide

[3333] Dankers en Van der Linden 1996, 11.
[3334] Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 138.
[3335] Van Eck 1991a, 12; Van Londen 2001, 20.
[3336] Abma en Weijers 2004, 157-158.

zelfontplooiing in de loop van de jaren vijftig en zestig met name in de geestelijke gezondheidszorg had gekregen.

Vooral wat betreft de groeiende betekenis van allerlei vormen van psychotherapie vallen in de psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg overeenkomstige tendensen te signaleren: een sterke nadruk op de individuele beleving en gevoelswereld alsook persoonlijke bevrijding en groei. Ook hier deed zich een paradox voor. De scherpe kritiek vanuit de antipsychiatrische beweging op het gebrek aan aandacht in de medische psychiatrie voor de sociale kanten van geestesstoornissen mondde uiteindelijk uit in een sterke groei van allerlei psychotherapieën waarin de individuele beleving centraal stond. Het streven naar maatschappijhervorming (sociale maakbaarheid) maakte in toenemende mate plaats voor gerichte individuele verandering (zelfmaakbaarheid), vooral op basis van, zoals de historicus H. van der Horst het treffend omschrijft, 'de soevereiniteit van de eigen drijfveren'.[3337] Verder vormde de oriëntatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg op de welzijnszorg evenmin een fundamentele vernieuwing. In zekere zin werden hiermee de idealen van de beweging voor geestelijke volksgezondheid, gericht op preventie en verhoging van de geestelijke weerbaarheid, nieuw leven ingeblazen, nadat zij in de jaren vijftig door de nadruk op individuele therapeutische behandeling op de achtergrond waren geraakt. Meer in het algemeen waren de extramuralisering en vermaatschappelijking van de psychiatrie, die vanaf de tweede helft van de jaren tachtig de toon gingen aangeven, niet denkbaar zonder de invloed van de kritische beweging van de jaren zeventig.

De conflicten ontstonden vooral door radicaliserende invloeden, die niet zozeer van binnen uit de geestelijke gezondheidszorg als wel uit de samenleving afkomstig waren. Met name door de toestroom van sociaalwetenschappelijk en psychologisch geschoolde beroepsgroepen en de emancipatiestrijd van patiënten en verpleegkundigen vonden nieuwe ideeën ingang over de aard van psychische stoornissen, de therapeutische behandeling daarvan en de rol die behandelaars en patiënten daarin zouden moeten spelen. Hierin werkten de democratiseringsbeweging, de tegencultuur en de antipsychiatrie duidelijk door. Ook bredere maatschappelijke ontwikkelingen als de toenemende welvaart, individualisering, secularisering, emancipatie van achtergestelde bevolkingsgroepen en de psychologisering van het alledaagse leven deden hun invloed gelden. Vanaf het eind van de jaren zestig was het afgelopen met de grote mate van autonomie van de psychiatrische inrichting. De leiding moest in toenemende mate rekening houden met de buitenwereld: de overheid, de patiënten en hun naasten, het eigen personeel, de kritische beweging, de media en het grote publiek.

In veel psychiatrische ziekenhuizen verliepen de vernieuwingsprocessen in de jaren zeventig in grote lijnen volgens hetzelfde patroon. Steeds weer raakten aanvankelijk breed gedragen therapeutische en zorginhoudelijke innovaties vermengd met het bredere streven naar democratisering, waardoor zij gepolitiseerd raakten. Naarmate vernieuwers radicaliseerden en zich met steun van buitenaf vastbeten in hun eigen ideologische gelijk, riepen zij meer weerstand op van gematigde hervormers en raakten de standpunten, mede onder invloed van de simplificerende beeldvorming door de media en de kritische beweging, zodanig gepolariseerd dat een vergelijk niet meer mogelijk was en de spanningen zover opliepen dat alleen ingrijpen van boven- of buitenaf nog een einde kon

[3337] Van der Horst 2005, 103.

maken aan de vaak onwerkbaar geworden verhoudingen. Meestal leidde zo'n interventie tot een gedeeltelijke terugdraaiing van bepaalde uitwassen van de democratisering, terwijl de zorginhoudelijke vernieuwingen grotendeels behouden bleven. Ook het streven naar verbetering van de rechtsbescherming en de emancipatie van patiënten vond doorgang. De openheid van de psychiatrische ziekenhuizen was blijvend vergroot en meer dan voorheen moesten behandelaars verantwoording afleggen over hun inspanningen en resultaten aan de overheid, de financiers en de patiënten en hun naasten. Behandelaars werden zo gedwongen om zich sterker dan daarvoor te bezinnen op hun therapeutische principes en handelen en op de kwaliteit van de zorg.

Het overheidsbeleid, dat bijdroeg aan de politisering van de geestelijke gezondheidszorg, was evenmin vrij van tegenstrijdigheden. Enerzijds wilde de regering met het oog op de betaalbaarheid tot een indamming van het hulpaanbod en de zorgvraag komen en de verschillende voorzieningen bewegen tot meer samenwerking en onderlinge afstemming, anderzijds stimuleerde haar beleid de uitdijing alsook de verdeeldheid en verkokering van de geestelijke gezondheidszorg.[3338] Deels liet de overheid zich leiden door de kritische psychiatrie: al in de jaren zeventig drongen bewindslieden aan op extramuralisering en lieten zij de term 'vermaatschappelijking' vallen. De fusie van de ambulante voorzieningen, die grotendeels onder druk van de regering tot stand kwam, was in hoge mate bedoeld om de sociale psychiatrie te versterken ten opzichte van de ziekenhuispsychiatrie en daarvoor een alternatief te bieden. De RIAGG was een typisch product van het kritische en tegelijkertijd optimistische gedachtegoed van de jaren zeventig: een laagdrempelige voorziening met een breed multidisciplinair hulpverleningsaanbod, waarin psychiaters een minderheid vormden temidden van psychologisch en sociaalwetenschappelijk geschoolde deskundigen. In zijn *Structuurnota* schreef staatssecretaris Hendriks dat de RIAGG moest bijdragen aan het onderzoek naar 'de sociale en ruimtelijke factoren die van invloed zijn op de psychische gezondheid'.[3339] Door middel van vroegtijdige interventie bij een breed scala aan psychische en relationele moeilijkheden zouden geestesstoornissen te voorkomen zijn. Tegelijkertijd werd er fors geïnvesteerd in de vernieuwing van de psychiatrische ziekenhuizen en legde de regering deze geen strobreed in de weg toen zij in toenemende mate ook extra- en semimurale en multidisciplinaire hulpverlening gingen bieden. Daarmee maaiden ze het gras voor de voeten van de nieuwe RIAGG'en weg, vooral als het ging om de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken.[3340] Terwijl de overheid de ambulante voorzieningen aan een centripetaal proces onderwierp, werd de ontwikkeling van de zich deconcentrerende en differentiërende psychiatrische ziekenhuizen bepaald door centrifugale krachten.[3341]

Met name de snelle groei van de poliklinieken, die deels dezelfde clientèle bedienden als de RIAGG'en, stond eigenlijk haaks op het beleid om de ambulante hulpverlening in de RIAGG te concentreren. Op deze manier vulden de psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG'en elkaar niet aan, maar werden ze eerder concurrenten van elkaar en versterkten ze de al bestaande kloof tussen de intra- en extramurale geestelijke

---

[3338] Bijker 1994, 44, 47; Vos en Hutschemaekers 1999; Van der Grinten en Verburg 2001, 20-23; vergelijk Van Eck 1991a.
[3339] Hendriks 1974, 50.
[3340] Rose en Steffens 1987, 128-138; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 951-952; Van Londen 2001, 10.
[3341] Van Hezewijk 1999, 150.

gezondheidszorg. Een onbedoeld gevolg daarvan was dat RIAGG'en zich sterk met psychosociale en psychotherapeutische hulp profileerden en aanvankelijk weinig werk maakten van de sociaalpsychiatrische zorg voor psychiatrische patiënten. In die zin droeg de RIAGG aanvankelijk nauwelijks bij tot de nagestreefde substitutie van bedden.

Naast de psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG'en bestonden er ook nog psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, die eveneens over poliklinieken beschikten, en de praktijken van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Van een duidelijk beleid gericht op een taakafbakening tussen de verschillende hulpverlenings- en zorgaanbieders was geen sprake. Hun activiteiten overlapten met elkaar en alle bewaakten angstvallig hun werkgebied. Zij werkten langs en door elkaar heen, waarbij de overheid nu weer eens de ene en dan weer de andere een impuls gaf of juist afremde, zonder de verkokering te doorbreken en een einde te maken aan de verbrokkeling. Weliswaar werden steeds meer voorzieningen onder de AWBZ gebracht, maar daarbij golden voor de verschillende instellingen uiteenlopende regels en declaratiesystemen, waardoor samenwerking en afstemming werd bemoeilijkt.[3342] In plaats van de bestaande instellingen op een directe wijze tot samenwerking te dwingen, lanceerde de regering in de *Nieuwe Nota* een nieuw type voorziening, de Multifunctionele Eenheid, die klinische, semimurale (deeltijdbehandeling) en extramurale functies moest verenigen. Dat de overheid haar toevlucht nam tot een dergelijke omweg, hing samen met het corporatistische systeem, waardoor de betrokken instellingen nauw bij de beleidsvorming waren betrokken. Vernieuwing kwam niet tot stand door de bestaande voorzieningen grondig aan te pakken, maar door de toevoeging van nieuwe instellingen en regelingen aan de oudere, waardoor de lappendeken alleen maar bonter werd. Dat maakte het des te moeilijker om de geestelijke gezondheidszorg te stroomlijnen in tijden van financiële krapte, zoals in de jaren tachtig. Het duidelijkst kwam de halfslachtigheid van het overheidsbeleid naar voren bij de vorming van de semimurale sector, de beschermende woonvormen. Door de groei ervan afhankelijk te maken van de substitutie van bedden, terwijl het corporatistische besluitvormingsstelsel de regering geen machtsmiddelen toeliet om de ziekenhuizen daartoe te dwingen, kwamen de beschermende woonvormen maar moeizaam van de grond. De Nederlandse overheid voerde wel een tamelijk consistente koers als het om de rechten en emancipatie van patiënten ging. Al in de jaren zeventig werd de patiëntenbeweging betrokken bij de beleidsvorming op dit terrein en het was ook grotendeels aan de steun van de overheid te danken dat de Nederlandse patiëntenbeweging in internationaal opzicht een voorhoederol vervulde en dat ons land voorop liep met de verbetering van de rechtspositie van psychiatrische patiënten.[3343]

De grotendeels toch wat negatieve balans van het Nederlandse overheidsbeleid komt in een ander licht te staan als wij de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg in de jaren zestig, zeventig en tachtig vergelijken met die in andere landen.[3344] Naar aanleiding

---

[3342] Bakker en Van der Velden 2004a, 68.

[3343] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 17; Legemaate 1992, 1341; Kwekkeboom 1999.

[3344] Voor de internationale vergelijking hebben wij gebruik gemaakt van Cramer 1983; Schaufeli 1984; Mangen 1985a; Maynard 1985; Freeman, Fryers en Henderson 1985; Breemer ter Stege en Gittelman 1987; Verhaegen 1987; Demay 1987; Cooper en Bauer 1987; Jones 1987; Pirella 1987; Goodwin 1997; Mangen

van de veelvuldige kritiek en de grote aandacht voor vermeende navolgenswaardige ontwikkelingen in het buitenland, met name de deïnstitutionalisering in landen als Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Italië, verzuchtte Schnabel in 1981 dat Nederlanders zich er blijkbaar niet van bewust waren hoe gunstig de geestelijke gezondheidszorg hier afstak ten opzichte van die elders.

> Er zijn vrijwel geen landen - neen, er is geen enkel land - waar zoveel, zo uitgebreide en zo gemakkelijk toegankelijke voorzieningen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn. Er is waarschijnlijk geen land, waar het voorzieningenpakket in de psychiatrie zo'n enorme differentiatie heeft bereikt en zozeer door therapeutische inzichten wordt bepaald. Er zijn maar heel weinig landen waar de geestelijke gezondheidszorg zo belangrijk wordt gevonden als in Nederland en dat komt tot uiting in de absoluut en relatief gezien grote hoeveelheid geld die er hier beschikbaar is voor hulpverlening. Je ziet het aan alles, aan de behandelingsmogelijkheden die burgers geboden worden, aan de salarissen die hulpverleners betaald krijgen, aan de rechtspositie die ze hebben, aan de gebouwen waarin ze werken. Als je gek moet worden, kan je dat het beste in Nederland doen.[3345]

Had Schnabel het bij het rechte eind? Aan de hand van een vergelijking van de ontwikkelingen in Nederland met die van zes andere landen - België, de Bondsrepubliek Duitsland, Frankrijk, Italië, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten - proberen wij deze vraag te beantwoorden.

De groeiende bemoeienis van de rijksoverheid was niet alleen kenmerkend voor de ontwikkelingen in Nederland, maar ook voor die in andere West-Europese landen en de Verenigde Staten. Al voor het optreden van de antipsychiatrische beweging kwam de traditionele psychiatrische inrichting in veel landen ter discussie te staan en ontstonden er plannen om de geestelijke gezondheidszorg te reorganiseren. Het hervormingsstreven was door de bank genomen in alle landen gericht op een afslanking dan wel afbouw van inrichtingen en een gedifferentieerde verschuiving van zorgfuncties naar nieuwe of al bestaande alternatieve intra- en vooral extramurale instellingen: psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, (poli)klinieken, dag- en nachtziekenhuizen, sociaalpsychiatrische diensten, vrijgevestigde praktijken, consultatiebureaus, rehabilitatie- en beschermde woon- en werkvoorzieningen. De zorg voor psychiatrische patiënten diende beter aan te sluiten bij de reguliere gezondheidszorg en sociale hulpverlening en tevens kwam hun integratie in de maatschappij hoog op de agenda te staan. De extramuralisering van de psychiatrie kreeg algemene bekendheid onder de term deïnstitutionalisering. In hun boek *The Psychiatric Society* (1982) karakteriseren R. Castel, F. Castel en A. Lovell deze als de 'derde psychiatrische revolutie', die een even

---

1985b; Schrijver 1984; Baro, Prims en De Schouwer 1985; Mangen 1985c; Mangen en Castel 1985; Van Lieshout en Meurs 1987; Ramon 1985; Mangen en Rao 1985; Guarnieri 1991; Van der Klippe 1989; Busfield 1998; Jones 1993; Welshman 1999; Payne 1999; Grob 1994; Shorter 1997; Becker en Vázquez-Barquero 2001; Burti 2001; Johnson, Zinkler en Priebe 2001; Provost en Bauer 2001; Bauer et al. 2001; Brink 2002; Von Cranach 2002; Long 2002; Turner 2002; Kersting 2003; Kringlen 2003; Jones 2004; Freeman 2005; Grob 2005; Roelcke 2005; Kersting 2005; Coffin 2005; Oosterhuis 2005a; Oosterhuis 2005b.

[3345] Schnabel 1981b, 201.

ingrijpende verandering bewerkstelligde als twee vroegere omwentelingen: het ontstaan van de psychiatrische gestichten in de negentiende eeuw en de opmars van de psychoanalyse en andere psychologische en psychotherapeutische benaderingen vanaf 1900.[3346]

Terwijl in de vooroorlogse jaren sociaalpsychiatrische voorzieningen overwegend vanuit pragmatische motieven - kostenbesparing en ontlasting van overvolle gestichten - waren opgezet, speelden nu idealen omtrent een betere, humane zorg en een grotere zelfstandigheid van en meer rechten voor psychiatrische patiënten een belangrijke rol, hoewel financiële overwegingen ook nu zeker niet ontbraken, en die in de loop van de jaren zeventig en tachtig aan belang wonnen. In vrijwel alle landen werd de soms nog uit de negentiende eeuw stammende krankzinnigenwetgeving gewijzigd, waardoor het accent verschoof van ordehandhaving en maatschappelijke beveiliging naar het recht op collectief gefinancierde zorg en therapeutische behandeling alsmede de rechtsbescherming van psychiatrische patiënten.[3347]

Met name in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Frankrijk werden begin jaren zestig op regeringsniveau al ambitieuze hervormingsplannen gelanceerd, waarbij lokale experimenten en particuliere initiatieven soms als voorbeeld dienden. In Europa liep het Verenigd Koninkrijk, dat in de jaren vijftig op het gebied van de psychiatrie internationaal als voorbeeld gold, voorop. Met de invoering van de National Health Service (1946) was het beheer en de financiering van de psychiatrische instellingen onderdeel geworden van een centraal aangestuurde collectieve gezondheidszorg. Nadat een regeringscommissie zich voor meer *community care* had uitgesproken, nam het parlement in 1959 een nieuwe Mental Health Act aan, die de oudere krankzinnigenwetgeving verving. Ten einde de barrière tussen ziekenhuis en maatschappij te slechten en extramuralisering te bevorderen, werden de juridische procedures voor opname en ontslag vereenvoudigd en kregen medische criteria prioriteit. Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moesten de acute psychiatrische problematiek voor hun rekening nemen en extramurale faciliteiten dienden er zorg voor te dragen dat chronische psychiatrische patiënten in de maatschappij opvang vonden. Tezamen met de toepassing van psychofarmaca zouden dergelijke vernieuwingen volgens de Britse regering een drastische vermindering van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen mogelijk maken.

Terwijl in de Verenigde Staten de inrichtingspsychiatrie traditioneel onder het beheer van de deelstaatregeringen viel, trok de federale overheid na de oorlog het initiatief naar zich toe op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en namen de federale bestedingen op dit terrein toe. Onder de regeringen van de presidenten J.F. Kennedy en L.B. Johnson, wier politiek in het teken stond van sociale hervorming, democratisering en uitbreiding van de verzorgingsstaat (de *Great Society*), werden in de Verenigde Staten de hervormingen, mede dankzij een effectieve lobby voor de geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau, ook door de centrale overheid in gang gezet. Begin jaren zestig lanceerde een nationale commissie onder voorzitterschap van de Minister van Gezondheid, Onderwijs en Sociale Zaken het *Community Mental Health Center*, een

---

[3346] Castel, Castel en Lovell 1982.

[3347] In België in 1969 (wetsontwerp), in Frankrijk in 1968, in Italië in 1968 en 1978, in het Verenigd Koninkrijk in 1959 en 1983 en in de verschillende Duitse deelstaten begin jaren vijftig en vanaf de tweede helft van de jaren zeventig. Mangen 1985b, 27.

instelling die zowel (kortdurende) klinische als ambulante geestelijke gezondheidsdiensten bood aan een breed samengestelde clientèle en die als alternatief voor de psychiatrische inrichting moest dienen. Over het gehele land verspreid werden er 2.000 van deze instellingen nodig geacht en de federale overheid zou ze in de oprichtingsfase moeten ondersteunen. Dit plan vormde de kern van de *Mental Retardation and Community Mental Health Centers Construction Act* van 1963. Verder leidde de invoering van een nationaal verzekeringsstelsel voor de gezondheidszorg (*Medicare* en *Medicaid*) ertoe dat verpleeghuizen de zorg voor oudere patiënten van psychiatrische inrichtingen overnamen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zich konden uitbreiden.

In het vanouds gecentraliseerde Frankrijk, waar de staat al vanaf de negentiende eeuw een sterke greep op de inrichtingspsychiatrie had, werd de preventieve zorg voor geestelijke hygiëne - vooral gericht op verslaving - vanuit Parijs gecoördineerd en met publieke middelen gefinancierd in het kader van de zorg voor de openbare volksgezondheid. In 1960 formuleerden hervormingsgezinde psychiaters in samenspraak met hoge regeringsambtenaren een plan om de inrichtingszorg te verbeteren en daarnaast een nieuw extramuraal voorzieningenstelsel op te zetten op regionale basis, de zogenaamde *psychiatrie de secteur*. Ambulante regioteams met zowel psychiaters en verpleegkundigen als maatschappelijk werkers zouden zich bezig moeten houden met opnamepreventie, sociaalpsychiatrische voor- en nazorg en curatieve behandeling van psychiatrische patiënten alsook het organiseren van dagactiviteiten en arbeidsvoorzieningen.

Vergeleken met de Britse, Amerikaanse en Franse plannen kwamen hervormingsvoorstellen in Duitsland en België, net als in Nederland, later op de agenda van de overheid te staan, waren zij minder drastisch en stelden de nationale regeringen zich terughoudender op. Waarschijnlijk hing een en ander samen met een geringere overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg in deze landen. In de federale Bondsrepubliek Duitsland waren de bevoegdheden en financiële verantwoordelijkheid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg verdeeld tussen de nationale overheid, de deelstaatregeringen, plaatselijke besturen en particuliere organisaties. Afgezien van de publieke *Gesundheitsämter* voor de openbare volksgezondheid, werd de uitvoering van de zorg grotendeels overgelaten aan het (gesubsidieerde) particuliere initiatief en de vrijgevestigde zenuwartsen. Hervormingsvoorstellen werden geformuleerd door een enquêtecommissie die de Duitse Bondsdag in 1970 op instigatie van vernieuwingsgezinde sociaal-psychiaters en onder invloed van de protestbeweging van de jaren zestig instelde. In een omvangrijk rapport schilderde deze commissie in 1975 een somber beeld van de Duitse inrichtingen. Deze waren grotendeels gesloten instellingen met een grote omvang - het gemiddelde beddental bedroeg 1.200 met uitschieters tot 3.000 - en ze vervulden voornamelijk een asielfunctie. Verder ontbrak het aan voldoende preventieve, ambulante en rehabilitatievoorzieningen. Verbeteringen werden verwacht van een verkleining van de psychiatrische inrichtingen, meer psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, meer inspanningen op het gebied van preventie en maatschappelijke reïntegratie, en de organisatie van regionale netwerken van op elkaar afgestemde extramurale voorzieningen: naast de vrijgevestigde zenuwartsen zouden er meer psychiatrische poliklinieken en multidisciplinaire sociaal-psychiatrische diensten bij

de openbare gezondheidsdiensten moeten komen. De invulling van deze voornemens werd overgelaten aan de deelstaten.

Net als in Nederland had de wijze van organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België meer weg van die in Duitsland dan die in het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk: de overheid stelde regels, subsidieerde en oefende toezicht uit, maar liet de uitvoering over aan (deels confessionele) particuliere organisaties en lokale en provinciale overheden. Pas vanaf het midden van de jaren zeventig gingen de Belgische rijksoverheden (ofwel de Vlaamse en Waalse deelregeringen) een actievere rol spelen en werden er stap voor stap meer uniforme, collectieve betalingsregelingen ingevoerd. In België stipuleerde een koninklijk besluit in 1975 een uitbreiding van de al bestaande *dispensaires* voor geestelijke hygiëne en hun financiering vanuit collectieve middelen. Deze voorzieningen vervulden de functie van consultatiebureau en polikliniek en waren met name gericht op preventie van geestesziekte. Deze instellingen, die grotendeels op lokale basis en vanuit particuliere initiatieven waren georganiseerd, zouden hun taken moeten uitbreiden tot behandeling van psychische aandoeningen en crisisinterventie. Naast psychiaters dienden ook vertegenwoordigers van andere disciplines hierbij een rol te vervullen.

Zoals al eerder aangegeven kwamen de veranderingen in Italië, op nationaal niveau althans, pas aan het eind van de jaren zeventig onder invloed van een maatschappelijke protestbeweging op gang, maar de regeringsplannen waren nergens zo radicaal als hier. Met een nieuwe wet, die het parlement in 1978 aannam, stuurde de overheid aan op een afbouw van openbare psychiatrische inrichtingen, een verschuiving van de klinische psychiatrische naar kleinschalige afdelingen van algemene ziekenhuizen en de opbouw van extramurale zorgvoorzieningen, waardoor geesteszieken zoveel mogelijk in de maatschappij zouden kunnen leven. Deze voornemens wekten de indruk dat de idealen van de democratische psychiatrie, die in het voorgaande decennium in enkele Noord-Italiaanse steden waren beproefd, nu in het hele land verwerkelijkt zouden worden. Dat in Italië verstrekkende maatregelen werden voorgesteld en de discussie over de psychiatrie in hoge mate gepolitiseerd raakte, hield verband met de monopoliepositie van de inrichtingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de slechte omstandigheden waaronder psychiatrische patiënten in de verouderde en overbevolkte openbare instellingen verbleven. Deze waren eerder bewaarinstellingen dan ziekenhuizen. De uit 1904 stammende Krankzinnigenwet onderstreepte het gevaar dat psychisch gestoorden zouden vormen voor de openbare orde en veiligheid. De door het fascistische regime ingevoerde bepaling dat een psychiatrische opname gepaard ging met een aantekening op een strafblad, bleef tot 1968 van kracht. Wat de openbare inrichtingen betreft, voorzag de wet alleen in dwangopnamen; vrijwillige opnamen waren alleen mogelijk in particuliere ziekenhuizen en universitaire klinieken. Verder waren ambulante psychiatrische voorzieningen dun gezaaid.

Als we naar de hervormingsplannen kijken die tijdens de jaren zestig en zeventig in diverse landen op overheidsniveau werden geformuleerd, kunnen we constateren dat deze evenals in Nederland in Duitsland, Frankrijk en België geen voorstellen tot drastische deïnstitutionalisering bevatten, wat wel het geval was in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Italië. Als we de praktijk van de deïnstutionalisering dan wel extramuralisering in deze landen met elkaar vergelijken, dan blijkt dat Nederland zich zowel van de eerste drie als de laatste drie landen onderscheidde.

Het streven naar een fundamentele vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg door middel van deïnstitutionalisering oftewel extramuralisering getuigde vaak van ambitie en bevlogenheid, maar vrijwel overal stuitte het op belemmeringen van financiële, politieke, organisatorische en professionele aard. In de meeste landen kwamen de plannen tot ontwikkeling in de jaren zestig toen er een economische hoogconjunctuur en een euforisch, veranderingsgezind politiek klimaat heersten. Toen het in de daarop volgende decennia op uitvoering aankwam, was het economische en soms ook het politieke tij gekeerd. Als gevolg van de economische depressie vanaf 1973 was er minder geld beschikbaar en bezuinigden overheden op de collectieve voorzieningen, waarvan vooral sociaalpsychiatrische voorzieningen de gevolgen ondervonden. Bovendien verbleekten de idealen van de vernieuwingsbeweging van de jaren zestig, nam het vertrouwen in het sturende vermogen van de centrale overheid af en verschoof het zwaartepunt in het politieke krachtenveld in met name de Angelsaksische landen naar Nieuw Rechts: minder overheid en meer markt was de leuze van de regeringen Thatcher en Reagan. Hun voorbeeld vond - hoewel in wat gematigder vorm - weerklank op het Europese continent.

Naast de veranderende externe omstandigheden zetten organisatorische problemen een rem op de vernieuwingen. Plannen die op centraal niveau door beleidsvormers waren ontworpen, bleken in het lokale werkveld niet altijd even gemakkelijk te realiseren. Het bleek moeilijk om de zorg die verschillende intramurale en extramurale voorzieningen boden, goed op elkaar af te stemmen, onder andere omdat deze deels onder de gezondheidszorg en deels onder de sociale hulpverlening vielen alsook deels openbaar en deels particulier en commercieel waren of werden. Bovendien strookten de vernieuwingen niet altijd met de uiteenlopende professionele belangen van de therapeutische beroepsgroepen. Vooral psychiaters verzetten zich er soms tegen, omdat hun dominantie en de medische benadering in het geding waren. De psychiatrische inrichtingen werkten niet altijd mee aangezien deïnstitutionalisering en een uitbreiding van de ambulante sector ten koste van hun invloed en financiële middelen konden gaan.

Afgaande op de beschikbare statistische gegevens, nam in de periode 1950-1980 het totaal aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen alleen in Groot-Brittannië, Italië en de Verenigde Staten substantieel af. Terwijl in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Nederland de inrichtingsbevolking haar grootste omvang in het midden van de jaren vijftig bereikte, gebeurde dit in Italië rond 1960 en in België, Frankrijk en Duitsland omstreeks 1970.[3348] In de drie laatste landen alsook in Nederland was de afname van het beddental in de jaren zeventig en tachtig gering vergeleken met die in Groot-Britannnië, de Verenigde Staten en Italië. De Franse en Duitse intramurale psychiatrie was in 1980 zelfs omvangrijker dan in 1950. Rond 1980 varieerde het aantal bedden van psychiatrische ziekenhuizen en klinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen per 1.000 inwoners van 1,2 in de Verenigde Staten, 1,5 in Italië en rond 1,9 in Duitsland, Nederland en Groot-Brittannië tot tussen 2,3 en 2,6 in Frankrijk en België.[3349] Hierbij moet worden aangetekend dat reductie van het aantal psychiatrische

[3348] Goodwin 1997, 105; vergelijk Mangen 1985b, 21-22 en Grob 1994, 291.

[3349] De gegevens van de Europese landen zijn ontleend aan de statistieken van de World Health Organisation zoals vermeld door Mangen (1985b, 21-22) en Goodwin (1997, 50-51) en die van de Verenigde Staten aan Grob (1994, 291) en Taube en Barrett (1985, 30). In Luxemburg en

bedden voor een groot deel niet door deïnstitutionalisering of extramuralisering, maar door 'transinstitutionalisering'[3350] ofwel wat wij eerder als externe differentiatie omschreven, tot stand kwam. Veel demente ouderen en geestelijk gehandicapten die voorheen in psychiatrische inrichtingen verbleven, werden in toenemende mate elders in verpleeghuizen en categorale instellingen ondergebracht. Wel nam vrijwel overal de gemiddelde duur van een psychiatrische opname af.

Terwijl het aantal bedden in de psychiatrische inrichtingen in het Verenigd Koninkrijk, Italië en de Verenigde Staten sterk verminderde, bleef de daadwerkelijke organisatie van alternatieve ambulante voorzieningen in deze landen achter bij de voornemens. Het Verenigd Koninkrijk was in Europa het eerste land dat de deïnstitutionalisering op de politieke agenda zette en in praktijk bracht. Vanaf het begin speelden financiële overwegingen een belangrijke rol in het overheidsbeleid. Pleidooien voor inkrimping en zelfs sluiting van psychiatrische ziekenhuizen waren mede gemotiveerd door het streven om de groei van de collectieve sector af te remmen en de toenemende kosten van de National Health Service te beheersen. Het Verenigd Koninkrijk was een van de eerste landen waar de geestelijke gezondheidszorg onder een centraal gereguleerde collectieve ziektekostenverzekering kwam te vallen, maar dit garandeerde geenszins een ruime financiering. Het deel van het nationale inkomen dat aan de gezondheidszorg werd besteed - zes procent - was lager dan in de meeste andere landen van de Europese Gemeenschap.[3351] Verder was de deïnstitutionalisering eerder ingegeven door het optimisme omtrent de medicamenteuze behandeling van geestesziekten dan door een uitgesproken voorkeur voor een sociaal-psychiatrische benadering. Deïnstitutionalisering kreeg dan ook eerder steun van medisch-biologisch georiënteerde psychiaters dan van kritische psychiaters die een sociaalpsychiatrische benadering voorstonden. Het is opmerkelijk dat de antipsychiatrische beweging in het Verenigd Koninkrijk enkele jaren later in feite een monsterverbond aanging met de eerste groep. Verder kreeg de tweede groep maar weinig steun van vernieuwingsgezinde organisaties als Mind, de voormalige National Association for Mental Health, die meer aandacht had voor de burgerrechten van psychiatrische patiënten dan voor de opbouw van extramurale zorgvoorzieningen.

Hoewel de Britse overheid keer op keer lippendienst bewees aan het streven naar *community care*, voerde zij geen voortvarend beleid op dit terrein. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de extramurale zorg werd grotendeels overgelaten aan de lokale autoriteiten op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening, die niet over voldoende financiële middelen beschikten om de wegvallende psychiatrische bedden te compenseren door nazorg- en crisisdiensten, dagklinieken en speciale woon-, werk- en rehabilitatievoorzieningen. Het deïnstitutionaliseringsbeleid raakte in de jaren zeventig steeds meer vermengd met bezuinigingsoverwegingen, een tendens die nog werd versterkt onder de regering Thatcher. Verder was de kloof die tussen de psychiatrie en de sociale hulpverlening bleef bestaan, niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van de extramurale zorg voor chronische psychiatrische patiënten. Psychiaters en verpleegkundigen oriënteerden zich sterk op de

---

Ierland lag de relatieve hoeveelheid psychiatrische bedden met 3,6 en 4,1 promille nog beduidend hoger. Zie Van Hezewijk 1999, 41.

[3350] Deze term ontlenen wij aan Grob 2005.

[3351] Mangen en Rao 1985, 236.

medische wereld, omdat die professionele statusverhoging betekende, waardoor ze gescheiden van het maatschappelijk werk en andere sociale voorzieningen opereerden. In Groot-Brittannië kwamen geen *Community Mental Health Centers* tot stand zoals in de Verenigde Staten, maar werd ervoor gekozen om de *community care* vooral vanuit ziekenhuizen te organiseren en daarnaast huisartsen in samenwerking met verpleegkundigen en maatschappelijk werkers de eerstelijnszorg in handen te geven. Verder kende Groot-Brittannië in vergelijking met landen als Duitsland, Frankrijk, België, Nederland en de Verenigde Staten relatief weinig vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische beroepsbeoefenaars; de meerderheid van de psychiaters werkte in door de National Health Service gefinancierde instellingen. Ook het aantal klinisch psychologen dat in de Britse geestelijke gezondheidszorg werkzaam was bleef vrij klein.

In de jaren zeventig lanceerde de regering plannen om tot een regionaal georganiseerde en multidisciplinaire ambulante geestelijke gezondheidszorg te komen. Deze plannen werden doorkruist door het beleid van de regering Thatcher, dat was gericht op het primaat van de vrije markt en de terugdringing van de verzorgingsstaat. Terwijl de opheffing van psychiatrische bedden doorging - van de 130 psychiatrische ziekenhuizen die er in 1960 bestonden, waren er begin jaren negentig nog maar 41 over[3352] en het aantal opgenomen patiënten in die periode daalde van ruim 133.000 tot ruim 45.000[3353] -, werden openbare sociaal-psychiatrische voorzieningen door bezuinigingen getroffen: particuliere initiatieven, commerciële instellingen en niet-professionele mantelzorg moesten hun taken deels overnemen, zonder dat er sprake was van veel onderlinge coördinatie. De openbare diensten concentreerden zich in toenemende mate op geesteszieken die een bedreiging voor de openbare orde vormden. Chronische psychiatrische patiënten kwamen meer en meer terecht in commerciële pensions en verpleegtehuizen of ze waren aangewezen op hun families. Een parlementscommissie verwees in 1985 naar de Verenigde Staten en Italië, waar radicale deïnstitutionalisering ertoe had geleid dat sommige psychiatrische patiënten aan hun lot werden overgelaten en op straat terechtkwamen, een ontwikkeling die ook in het eigen land was waar te nemen. Voor uit de ziekenhuizen ontslagen chronische geesteszieken was onvoldoende alternatieve zorg voorhanden.

Een jaar nadat in Italië de deïnstitutionalisering bij wet was afgekondigd (1978), werd de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidsvoorzieningen vergroot door de invoering van een nationaal ziekenfonds. Deze twee maatregelen boden in beginsel een gunstige voorwaarde voor de ontwikkeling van de publieke *Servici d'Igiene Mentale*, de Italiaanse variant van de *Community Mental Health Centers*, die de psychiatrische inrichting als kerninstellingen van de geestelijke gezondheidszorg zouden moeten vervangen. Deze voorzieningen, bemenst door psychiaters, verpleegkundigen, psychologen, en maatschappelijk werkers, waren bedoeld om een toegankelijke en flexibele psychiatrische hulpverlening midden in de samenleving mogelijk te maken. Als opname niet te vermijden was, zouden kleine psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen uitkomst moeten bieden. Hun aantal nam snel toe tot ruim 230 met 3.100 bedden, die medio jaren tachtig 80.000 opnamen per jaar voor hun rekening namen,

[3352] Busfield 1998, 22.
[3353] Jones 1993, 161, 187, 243-244.

terwijl het aantal patiënten in de publieke inrichtingen snel afnam van ongeveer 60.000 vóór 1978 tot circa 30.000 omstreeks 1985.[3354]

De Italiaanse experimenten met deïnstitutionalisering dan wel extramuralisering konden op veel internationale aandacht rekenen, waarbij ze vaak als navolgenswaardig werden aangeprezen. Daarbij ging het in feite om enkele min of meer succesvolle lokale projecten in sommige Noord-Italiaanse steden, waaronder Triëst, de thuisbasis van Basaglia. In de rest van Italië, vooral in het zuiden, bleef de sociaalpsychiatrische hulpverlening echter een luchtkasteel. Nog sterker dan in het Verenigd Koninkrijk liet de overheid de daadwerkelijke organisatie ervan volledig over aan lokale initiatieven en ontbrak het aan voldoende financiële middelen. Het gevolg was dat terwijl de openbare psychiatrische ziekenhuizen - en de daarin nog verblijvende patiënten die nergens anders terecht konden - verkommerden, in de meeste plaatsen nauwelijks voldoende vervangende zorg beschikbaar was. Vaak waren de publieke ambulante voorzieningen beperkt tot poliklinieken en veel chronische patiënten werden, mede vanwege het tekort aan beschermende woonvoorzieningen en faciliteiten voor dagbesteding, min of meer aan hun lot of aan de zorg door hun familie overgelaten, met alle problemen van dien. Weliswaar kende Italië naast de gebrekkige publieke instellingen ook nog particuliere ziekenhuizen, universiteitsklinieken en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar deze richtten zich voornamelijk op de behandeling van acute stoornissen of minder ernstige psychische moeilijkheden en ze waren bovendien alleen toegankelijk voor de hogere en middenklassen. Zowel onder het publiek als onder de betrokken beroepsgroepen, vooral de psychiaters, raakte de deïnstitutionalisering al gauw omstreden.

In de Amerikaanse publieke inrichtingen liep het aantal patiënten en hun gemiddelde verblijfsduur in een vrij hoog tempo terug vanaf het midden van de jaren zestig, toen de psychiatrische zorg onderdeel werd van *Medicare* and *Medicaid*. Tussen 1970 en 1986 daalde het beddental van meer dan 410.000 naar bijna 120.000.[3355] Voor een deel namen verpleegtehuizen (voor oudere chronische patiënten) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (voor acute patiënten) zorg- en behandeltaken over, maar in de jaren zeventig kwamen meer en meer geesteszieken voor langere of kortere tijd in de maatschappij terecht. Het was de bedoeling dat de *Community Mental Health Centers*, die vanaf 1965 werden opgezet, met een breed aanbod van ambulante diensten een groot deel van de intramurale zorg voor geesteszieken vervingen. In de loop van de jaren zeventig bleek dat ze daarin niet slaagden. Ten eerste kwamen er te weinig tot stand: het totale aantal van ruim 750 in 1980 bleef ver achter bij de 2.000 die begin jaren zestig gepland waren.[3356] Mede vanwege de oorlog in Vietnam en de economische crisis in de jaren zeventig ontbrak het aan voldoende financiële middelen. Het presidentschap van Reagan maakte zelfs een einde aan de federale betrokkenheid en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede richtten veel *Community Mental Health Centers* zich niet zozeer op de sociale ondersteuning en rehabilitatie van chronische psychiatrische patiënten, maar kwamen ze eerder tegemoet aan de behoeften van een andere clientèle met minder ernstige psychische problemen, die psychotherapie werd geboden en die ook al werd

[3354] Burti 2001, 42-43.
[3355] Grob 1994, 291.
[3356] Grob 1994, 262.

bediend door een omvangrijke particuliere psychotherapeutische sector. De sociaalpsychiatrische zorg voor de eerste groep kwam in het gedrang, mede omdat psychiaters zich als gevolg van de groeiende invloed van de biologische psychiatrie meer en meer uit de ambulante instellingen terugtrokken en psychotherapeutisch georiënteerde psychologen hun plaats innamen. Onder deze omstandigheden was de deïnstitutionalisering geen onverdeeld succes: weliswaar konden veel oudere geesteszieken, die in het verleden langdurig waren opgenomen, zich dankzij steun van hun omgeving of enigerlei vorm van ambulante hulp redelijk handhaven in de maatschappij, maar tevens trad het tekortschieten van de *community care* steeds duidelijker aan het daglicht naarmate meer jongere mensen met psychiatrische stoornissen, al dan niet verslaafd aan alcohol en drugs, zich aansloten bij het groeiende leger daklozen in de Amerikaanse steden.

In Duitsland stuitte het streven naar extramuralisering vooral op institutionele belemmeringen (met name de versnippering van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de deelstaatregeringen), de financieringssystemen op het gebied van de gezondheidszorg en de sociale hulpverlening, en de gevestigde medische belangen. Als het om de uitvoering en financiering van het federale beleid ging, kwam het grotendeels op de deelstaten aan - de centrale overheid financierde alleen tijdelijk bepaalde modelexperimenten -, en hun bereidheid om hervormingen door te voeren varieerde nogal, al naar gelang de politieke kleur van hun regeringen. Wat betreft de implementatie van het nieuwe beleid waren er grote verschillen tussen de deelstaten, maar van een radicale deïnstitutionalisering was nergens sprake. Weliswaar nam het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden tussen 1975 en 1981 met dertien procent af, maar deze daling was voor een groot deel het gevolg van de overplaatsing van oudere en chronische patiënten naar andere (goedkopere) woon- en verpleeginstellingen.[3357] Wel kwam er een substantiële verschuiving op gang in de intramurale psychiatrie van de inrichtingen naar psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Veel deelstaten besteedden meer geld aan de regionalisering, verbetering en schaalverkleining van de inrichtingen dan aan de opbouw en uitbreiding van extramurale voorzieningen. Dit laatste werd ook bemoeilijkt door de gefragmenteerde stelsels waaronder de financiering, het beheer en de uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg vielen. De verdeeldheid van de bevoegdheden tussen federale overheid, deelstaatregeringen, particuliere organisaties, medische beroepsverenigingen, ziektekostenverzekeringen, sociale verzekeringsinstanties en ziekenhuisorganisaties stond een daadkrachtig extramuraliseringsbeleid in de weg. De geestelijke gezondheidszorg werd zowel gefinancierd door ziektekostenverzekeringen (voor zover het om medische behandeling gericht op genezing ging[3358]) als collectieve sociale voorzieningen (voor zover het zorg voor en rehabilitatie van chronische patiënten betrof). Het scherpe onderscheid tussen enerzijds medische behandeling en anderzijds (sociale) zorg was niet bevorderlijk voor de opbouw van nieuwe ambulante faciliteiten voor psychiatrische patiënten, zoals woon-, dagbestedings-, rehabilitatie- en werkvoorzieningen, die niet zozeer waren gericht op genezing als wel op sociale ondersteuning. Terwijl dergelijke voorzieningen niet in aanmerking kwamen voor financiering door

[3357] Mangen 1985c, 96.
[3358] Pas in de jaren zeventig werden ook als preventief aangemerkte behandelingen zoals psychotherapie als medische behandeling erkend.

ziektekostenverzekeringen, schoten sociale verzekeringen tekort omdat hun criteria vaak niet van toepassing waren op de hulp die chronische psychiatrische patiënten nodig hadden. Daardoor kwamen onvoldoende faciliteiten tot stand om hulpverlening aan chronische psychiatrische patiënten in de maatschappij mogelijk te maken.

Verder verliep de voorgenomen uitbreiding van poliklinieken in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen voor acute patiënten niet volgens plan. Vrijgevestigde zenuwartsen vreesden concurrentie van deze klinieken en hun belangenorganisaties wisten te bewerkstelligen dat de verspreiding ervan aan banden werd gelegd. De onafhankelijke beroepsbeoefenaren wisten hun dominantie nog te versterken doordat hun aantal sterk toenam; begin jaren tachtig werkte 45 procent van alle psychiaters in een particuliere praktijk.[3359] De sociale psychiatrie kreeg weinig aandacht in de universitaire opleiding tot psychiater. Mede daardoor bleef de Duitse extramurale psychiatrie sterk medisch van karakter, temeer daar vrijgevestigde psychiaters onder invloed van de beperkte mogelijkheden die de ziektekostenverzekeringen boden, er eerder toe neigden patiënten te laten opnemen dan ze door te verwijzen naar sociaalpsychiatrische instellingen. Voor de openbare sociaalpsychiatrische diensten, die zich voornamelijk bezighielden met crisisinterventie, nazorg en sociale begeleiding, restte de zorg voor de restgroep van moeilijk handelbare chronische patiënten en psychisch gestoorde verslaafden. Toen vanaf het begin van de jaren tachtig het overheidsbeleid op het gebied van de gezondheids- en welzijnszorg in het teken van kostenbeheersing kwam te staan, ondervond vooral de sociale psychiatrie daar de gevolgen van.

In het gecentraliseerde Frankrijk waren de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg minder gecompliceerd dan in Duitsland. Het Ministerie van Sociale Zaken in Parijs, dat verantwoordelijk was voor het beleid op dit terrein, bepaalde jaarlijks het totale budget en stelde vijfjarenplannen op. In het kader van het streven naar decentralisatie werd de verantwoordelijkheid voor de uitvoering rond 1980 overgeheveld naar de departementen en regionale bestuurslichamen voor de gezondheidszorg en welzijnszorg. De daadwerkelijke organisatie van publieke extramurale voorzieningen werd opgedragen aan lokale besturen, die deze ofwel zelf ter hand konden nemen of deze konden uitbesteden aan particuliere verenigingen of psychiatrische ziekenhuizen - in de praktijk werd vaak voor deze laatste variant gekozen. Behalve bij de openbare diensten konden patiënten terecht bij huisartsen en, in de grote steden, bij een groeiend aantal vrijgevestigde psychiaters, waaronder psychotherapeuten. In grote lijnen werd de geestelijke gezondheidszorg op drie manieren gefinancierd: ziektekostenverzekeraars financierden medische behandelingen in ziekenhuizen en door vrijgevestigde psychiaters; onder de noemer van preventie subsidieerde de staat het grootste deel van de openbare extramurale voorzieningen voor zowel psychisch gestoorden als alcohol- en drugsverslaafden; en de departementen bekostigden het grootste deel van de zorg voor en rehabilitatie van chronische psychiatrische patiënten.

Hoewel het idee al in 1960 was gelanceerd, kwam de *psychiatrie de secteur*, waarin ambulante regioteams een belangrijke rol speelden, pas in de jaren zeventig echt van de grond en voerde de overheid in 1985 wettelijke richtlijnen ervoor in. Daarnaast maakten vooral de poliklinieken een sterke groei door: van het midden van de jaren zestig

[3359] Mangen 1985c, 108.

tot het midden van de jaren tachtig vervijfvoudigde het aantal consultaties.[3360] Verder kwamen er nieuwe ambulante voorzieningen: voor kinder- en jeugdpsychiatrie en woon-, werk- en verpleegvoorzieningen voor geestelijk gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten. Desondanks stelde een regeringscommissie in 1980 vast dat slechts in een minderheid van de regio's voldoende voorzieningen aanwezig waren en dat het in het bijzonder ontbrak aan dagbestedings- en woonfaciliteiten voor chronische geesteszieken. Mede daardoor had de uitbreiding van de extramurale zorg niet bijgedragen aan een vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen; de ambulante voorzieningen bedienden voor een groot deel een andere, minder ernstig gestoorde, clientèle. De psychiatrische ziekenhuizen, die een belangrijke rol vervulden in de organisatie van de ambulante zorg, bleken ook een hindernis voor de extramuralisering; om hun bestaan veilig te stellen neigden zij ertoe om patiënten vast te houden. De socialistische regering die in 1981 aan de macht kwam, ontwikkelde plannen om geld bij de ziekenhuizen weg te halen ten gunste van de extramurale voorzieningen, maar vanaf 1984 verschoof het accent naar kostenbeheersing, die vooral ten koste ging van de ambulante zorg voor chronische patiënten. De openbare geestelijke gezondheidszorg bleef achter bij de particuliere praktijken en commerciële initiatieven op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor de beter gesitueerden.

Evenals in Duitsland bleven in Frankrijk de psychiaters - in de jaren zeventig verviervoudigde hun aantal - de toon aangeven in de geestelijke gezondheidszorg; vaak combineerden zij een aanstelling in ziekenhuizen met extramuraal werk, waarbij ze prioriteit gaven aan hun intramurale functie en niet zelden louter lippendienst aan de extramuralisering bewezen. Psychiatrisch verpleegkundigen, wier aantal tussen 1975 en 1985 verdubbelde en wier opleiding in de jaren zeventig aansluiting kreeg bij de algemene verpleegkundige opleiding, bleven een ondergeschikte positie innemen. Hun carrièremogelijkheden bleven voornamelijk geënt op het psychiatrische ziekenhuis, zodat extramuraal werk voor hen niet aantrekkelijk was. Klinisch psychologen en maatschappelijk werkers hadden maar een klein aandeel in de Franse geestelijke gezondheidszorg. Klinisch psychologen kregen pas in 1977 een formele status waardoor hun behandelingen in aanmerking kwamen voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraars. Veel regioteams waren dan ook niet multidisciplinair samengesteld, maar bestonden voornamelijk uit psychiaters en verpleegkundigen, waardoor de neiging groot was om de ambulante sector op medische in plaats van sociaalpsychiatrische leest te schoeien. Onder de vernieuwingsgezinde hulpverleners ontstond in de jaren tachtig steeds meer twijfel over de haalbaarheid van de eens zo ambitieuze hervormingsplannen.

Ook in België, waar de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg veel leek op die in Frankrijk, werden de extramuraliseringsplannen maar deels uitgevoerd. Ongeveer tweederde van de bijna 200 geplande *dispensaires* was in het midden van de jaren tachtig in bedrijf; ze ontvingen subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en ze behandelden jaarlijks gemiddeld zo'n 25.000 cliënten, een tiende van het aantal dat in Nederland een beroep op de RIAGG deed.[3361] Waarschijnlijk speelden vrijgevestigde psychiaters en zenuwartsen in België, net als in Duitsland, een grotere rol in de

[3360] Mangen en Castel 1985, 136.
[3361] Baro, Prims en De Schouwer 1985, 48.

ambulante behandeling van psychische stoornissen dan de publieke instellingen. De taak van de poliklinieken werd uitgebreid: terwijl voorheen de nadruk lag op preventie, gingen ze zich nu ook toeleggen op crisisinterventie en gesprekstherapie. Het ontbrak aan een goede coördinatie tussen de poliklinieken en de psychiatrische inrichtingen, die met het oog op hun inkomsten geen belang hadden bij extramurale zorg. Ook de interdisciplinaire samenstelling van de staf liet te wensen over, onder andere vanwege het gebrek aan goed opgeleide sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen. Het zorgaanbod van de extramurale voorzieningen was onvoldoende om een substantiële verschuiving van de inrichtingen naar de ambulante zorg te bewerkstelligen, vooral ook omdat de subsidies voor de poliklinieken en andere extramurale faciliteiten voor psychiatrische patiënten op de tocht kwamen te staan.

Evenmin als in Duitsland, Frankrijk en België was in Nederland sprake van deïnstitutionalisering. Zoals we hebben gezien kreeg het streven van de kritische psychiatrie en de al langer bestaande vernieuwingsdrang hier vooral gestalte in veranderingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis - deconcentratie, differentiatie, multidisciplinariteit en democratisering - en een versterking en uitbreiding van ambulante voorzieningen. Hoewel de verhoudingen soms gepolariseerd raakten en zich tal van conflicten voordeden, vormden de vernieuwingen van de jaren zeventig geen radicale breuk in de ontwikkeling van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Deze werd gekenmerkt door een behoedzame extramuralisering, een geleidelijke en al met al bescheiden afbouw van bedden, en de gelijktijdige versterking en opbouw van alternatieve voorzieningen als beschermende woonvormen. Dat in Nederland niet werd gekozen voor meer radicale vormen van deïnstitutionalisering bleek begin jaren tachtig. De plannen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen, die waren bedoeld om tot een evenwichtige regionale spreiding en schaalverkleining te komen, vonden ondanks protesten in grote lijnen toch doorgang. In Nederland, waar corporatistische overlegstructuren de speelruimte van de overheid inperkten, werden veranderingen doorgevoerd door geleidelijk, weloverwogen en in uitgebreid overleg met de belanghebbenden voort te bouwen op het bestaande stelsel van de geestelijke gezondheidszorg. Overigens lag deïnstitutionalisering in Nederland ook veel minder voor de hand dan in landen als Duitsland, Italië, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten die grote, geïsoleerde en massale inrichtingen kenden en waar het relatieve aantal bedden in het midden van de twintigste eeuw deels op een hoger niveau lag dan in Nederland. Nederland behoorde toen al tot de landen met een in verhouding laag aantal psychiatrische bedden en dat was in 1980 nog steeds zo.[3362] Deze positie hangt evenwel samen met een relatief grote capaciteit van psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten - wellicht bleven demente ouderen en ook geestelijk gehandicapten in andere landen langer en in grotere getale opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen.[3363]

Nederland onderscheidde zich van alle andere genoemde landen vooral door een voorsprong op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Terwijl alternatieve extramurale voorzieningen in andere landen voor een groot deel nog moesten worden opgebouwd, ook toen er in enkele al een begin was gemaakt met

---

[3362] Van Hezewijk 1999, 41-42. Zo lag het aantal opgenomen psychiatrische patiënten in Groot-Brittannië medio jaren vijftig op 3,4 per 1.000 inwoners. Jones 1993, 161.
[3363] Van Hezewijk 1999, 219.

deïnstitutionalisering, bestond in ons land al sinds de jaren dertig een netwerk van sociaalpsychiatrische diensten en diverse consultatiebureaus, dat zich sindsdien gestaag had uitgebreid. Deze instellingen hadden een vaste plaats in de geestelijke gezondheidszorg gekregen en ze behielden die tot het begin van de jaren tachtig, toen ze opgingen in de RIAGG. De sterke institutionele verankering, de grote mate van continuïteit en de hoge graad van differentiatie waardoor de ambulante sector in Nederland zich onderscheidde van die in andere landen, is waarschijnlijk deels te danken aan de invloed van de verzuiling en de sterke aanwezigheid van het confessionele particuliere initiatief, die min of meer stabiele organisatiestructuren en nationale coördinatie mogelijk maakten voordat de rijksoverheid een grotere rol op dit terrein ging vervullen. Internationaal gezien kwam de overheidsbemoeienis met en publieke financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg overigens vrij laat, vanaf eind jaren zestig, tot stand. Maar vanaf toen droegen deze er wel in hoge mate toe bij dat de Nederlandse ambulante sector zich, vergeleken met die in andere landen, uitermate voorspoedig verder ontwikkelde. De Nederlandse verzorgingsstaat, die even alomvattend werd als de Scandinavische verzorgingsstaten en die niet alleen gericht was op materiële zekerheid, maar ook op een verbetering van de immateriële kwaliteit van het leven, garandeerde een gelijkmatige spreiding van de collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg over het hele land en een brede toegankelijkheid. Vergeleken met de *Amerikaanse Community Mental Health Centers*, die als voorbeeld hadden gediend, waren de RIAGG'en een succes - opnieuw een voorbeeld van hoe vernieuwingen die elders waren gelanceerd, in Nederland een betere voedingsbodem vonden dan in het land van oorsprong.

Wat ook opvalt is de grote reikwijdte van het werkgebied van de Nederlandse ambulante instellingen in vergelijking met die in de meeste andere landen. Het ging niet alleen om sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten, maar al vanaf de jaren dertig en veertig ook om diverse consultatiebureaus voor opvoedings-, gezins-, huwelijks- en andere levensmoeilijkheden en verslavingsproblematiek alsook om psychotherapeutische instituten. De ambulante zorg bestond niet alleen uit psychiatrie en psychotherapie, maar ook uit maatschappelijk werk en welzijnszorg. Het behandelrepertoire was niet zozeer medisch-psychiatrisch maar sociaalpsychologisch en psychotherapeutisch van aard. Vooral in de ambulante praktijk waren Nederlandse behandelaars terughoudender met het voorschrijven van psychofarmaca dan in andere landen, althans tot halverwege de jaren tachtig. In andere landen waren publieke ambulante voorzieningen sterker gericht op psychiatrische patiënten en stonden ze dichter bij de klinische psychiatrie. In Duitsland, België, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten bedienden vrijgevestigde psychiaters, zenuwartsen en psychotherapeuten waarschijnlijk voor een deel de clientèle met psychosociale problematiek die in Nederland bij diverse ambulante instellingen terecht kon.

Verder namen in Nederland psychiaters een minder dominante positie in de geestelijke gezondheidszorg in dan in de meeste andere landen. Terwijl in de andere Europese landen het medisch-psychiatrisch perspectief vaak bleef overheersen en psychiaters een zekere afstand bewaarden tot andere beroepsgroepen, werkten Nederlandse psychiaters in de ambulante sector al vanaf de jaren vijftig en in psychiatrische ziekenhuizen vooral vanaf het eind van de jaren zestig met andere

beroepsgroepen samen. Vooral het aantal psychologisch, sociaalwetenschappelijke en verpleegkundige deskundigen groeide vanaf de jaren zestig snel en zij waren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zowel getalsmatig als wat invloed betreft sterker vertegenwoordigd dan in die van andere landen. Nederland onderscheidde zich in de laatste decennia van de twintigste eeuw internationaal niet alleen door het relatief hoge aantal psychiaters en psychologen, maar ook door de veelheid aan diverse sociaal-agogische beroepsbeoefenaren.[3364] Vooral onder psychologen en sociaal-wetenschappelijk opgeleide hulpverleners bestond veel affiniteit met de protestbeweging en het streven naar sociale hervorming, maar vrijwel nergens speelden sommigen van hen samen met psychiaters zo'n vooraanstaande rol in de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland. In dit verband is het ook opmerkelijk dat een groot deel van het antipsychiatrische gedachtegoed op vruchtbare bodem viel en, nadat de radicale maatschappijkritische elementen waren bijgeschaafd, vrijwel moeiteloos in de ambulante sector kon worden geïntegreerd, temeer omdat deze zich al veel langer had gedistantieerd van de klinische psychiatrie.

Bijzonder vanuit internationaal perspectief was tot slot de vooraanstaande positie die psychotherapeuten, en met name de psychologen onder hen, vanaf de jaren zestig in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg verwierven. Mede dankzij een beroepsorganisatie waarin verschillende professies verenigd waren, alsook door hun institutionele basis in IMP'en slaagden psychotherapeuten erin erkenning voor hun behandelwijze te krijgen als apart, interdisciplinair specialisme. Terwijl de door collectieve verzekeringen gefinancierde IMP'en een vrij brede toegankelijkheid tot psychotherapie garandeerden, was deze in andere Europese landen voornamelijk beperkt tot particuliere psychiatrische praktijken. Wat de populariteit van psychotherapie betreft en ook als het meer in het algemeen om de psychologisering in de samenleving als geheel gaat, leek Nederland meer op de Verenigde Staten dan op de buurlanden.[3365] In zowel de Verenigde Staten als Nederland leidde de nadruk op een multidisciplinaire aanpak in de naoorlogse ambulante geestelijke gezondheidszorg uiteindelijk tot een sterk psychologische oriëntatie. Terwijl de Nederlandse medische psychiatrie voor 1940 in hoge mate op Duitsland was georiënteerd, waren na de Tweede Wereldoorlog vooral Amerikaanse benaderingen en methoden, zoals het *social casework*, de *human relations*-benadering, de Rogeriaanse counseling en de humanistische psychologie, geïmporteerd. Ook konden nieuwe, in Amerika uitgedokterde psychiatrische diagnoses, zoals de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, *posttraumatic stress disorder* en *attention deficit hyperactivity disorder*, in Nederland op meer aandacht en navolging rekenen dan in andere Europese landen.[3366] De sterk psychologiserende benadering en het hoge aanzien van de psychotherapie droegen ertoe bij dat in beide landen veel extramuraal werkende hulpverleners zich sterk op psychosociale problemen in plaats van psychiatrische stoornissen richtten. In dit opzicht was er in de jaren zeventig en tachtig sprake van een duidelijke parallel tussen ontwikkelingen in Amerikaanse *Community Mental Health Centers* en de Nederlandse MOB's, BLGV's, IMP'en en RIAGG'en.[3367] De geestelijke

---

[3364] Van Strien 1993, 88-89; Hutschemaekers 1993a, 1178-1180; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, deel 2.
[3365] Vergelijk Moskowitz 2001.
[3366] Shorter 1997, 289-291; Slijkhuis 1998; Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002.
[3367] Grob 1994, 263, 266; Shorter 1997, 288-295.

gezondheidszorg en de hoge mate van psychologisering zijn in dit opzicht overigens niet uitzonderlijk: ook meer in het algemeen ontwikkelde Nederland zich in cultureel opzicht tot het sterkst geamerikaniseerde land op het Europese continent.

5. SCHUIVENDE SCHOTTEN EN HAPERENDE VERMAATSCHAPPELIJKING (1985-2005)

Inleiding

De jaren 1965-1985 vormden een turbulente fase in de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg. In de laatste vijftien jaar van de twintigste eeuw verstomde het rumoer, terwijl tegelijkertijd de meest ingrijpende veranderingen in de organisatie van de hulpverlening plaatsvonden. Dit was de periode van de stille revolutie in de geestelijke gezondheidszorg. De schotten die al zo lang tussen de verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en met name tussen de psychiatrische inrichtingen of ziekenhuizen en de ambulante hulpverlening hadden bestaan, werden mede onder invloed van het overheidsbeleid neergehaald. De steeds nauwere samenwerking en de daarop volgende fusies tussen verschillende instellingen leidden ertoe dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg een ingrijpende gedaantewisseling onderging. Voortbouwend op het kritische ideeëngoed uit de jaren zeventig en de plannen die al in de eerste helft van de jaren tachtig waren ontwikkeld, veranderde ook de inhoud van de zorg: extramuralisering, vermaatschappelijking en zorgvernieuwing waren hier de sleutelbegrippen. Deze werkten een sociaalpsychiatrische oriëntatie van de hulpverlening en veel aandacht voor chronische geesteszieken in de hand. Op gespannen voet daarmee lijkt een aan kracht winnende medische en biologische benadering in de psychiatrie te staan.

De biomedische psychiatrie alsook de kritiek daarop neemt een belangrijke plaats in in hoofdstuk 5.1 over het psychiatrisch beroep, waarin het psychiatrisch werkveld en de universitaire psychiatrie centraal staan. In hoofdstuk 5.2 schetsen wij in de eerste paragraaf (5.2.1) de contouren van het maatschappelijk krachtenveld waarbinnen de geestelijke gezondheidszorg zich in de jaren tachtig en negentig ontwikkelde en stippen wij de belangrijkste trends die zich in de hulpverlening voordeden aan. Vervolgens komen in de daarop volgende drie paragrafen het overheidsbeleid, zowel de voornemens als de uitwerking ervan in de weerbarstige praktijk, aan de orde. Daarbij onderscheiden wij drie hoofdlijnen: ten eerste het streven naar extramuralisering en vermaatschappelijking en de wijze waarop die gestalte kregen (paragraaf 5.2.2); ten tweede de discussie over het domein of de reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg, die nauw verband hield met debatten over de organisatie en financiering van de zorg (paragraaf 5.2.3); en ten derde de rationalisering van de hulpverlening en de juridisering van de verhouding tussen behandelaars en patiënten of cliënten; met de laatste werd het streven van de patiëntenbeweging in de jaren zeventig en tachtig bezegeld (5.2.4).

Hoewel de schotten tussen de intra-, semi- en extramurale instellingen van de geestelijke gezondheidszorg vanaf het midden van de jaren negentig grotendeels verdwenen, behandelen wij deze overwegend gescheiden. Hoofdstuk 5.3 is gewijd aan de psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen. Paragraaf 5.3.1 gaat over de institutionele vernieuwingen, de omvang van deze instellingen, de patiëntenstromen en de toepassing van dwang. In paragraaf 5.3.2 staan de patiënten centraal, in paragraaf 5.3.3 gaan wij in op de zorg en behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis en in paragraaf 5.3.4 belichten wij de ontwikkelingen in de psychiatrische verpleegkunde. Terwijl in het vorige deel over de periode 1965-1985 vooral de curatieve behandeling

door middel van socio- en psychotherapie aandacht kreeg, richten wij ons nu vooral op de zorg voor chronische patiënten omdat op dit terrein de meeste vernieuwingen plaatsvonden. Wij sluiten het hoofdstuk over de intramurale psychiatrie af met paragraaf 5.3.5 over de forensische psychiatrie. In hoofdstuk 5.4 over de ambulante geestelijke gezondheidszorg behandelen wij achtereenvolgens het uiteenlopende hulpverleningsaanbod in deze sector (paragraaf 5.4.1), de cliënten van de verschillende ambulante instellingen en hun moeilijkheden en stoornissen (5.4.2) en de therapeutische behandelingen die zij ondergingen, waarbij in grote lijnen twee stromen - medicamenteuze behandeling en gespreks- of psychotherapie - zijn te onderscheiden (5.4.3).

In het laatste hoofdstuk, 5.5, richten wij onze blik nader op de vermaatschappelijking, en dan vooral op de uitwerking ervan in de praktijk. In paragraaf 5.5.1 laten wij zien hoe de beleidsvoornemens en -idealen zich verhielden tot de praktijk. De belemmeringen waarop het streven naar vermaatschappelijking stuitte, waren voor een groot deel te wijten aan weerstanden in de samenleving. Vergeleken met de jaren zeventig en tachtig was het maatschappelijk klimaat in Nederland in de jaren negentig in een aantal opzichten sterk veranderd. Deze verandering kwam ook tot uiting in de geestelijke gezondheidszorg. In paragraaf 5.5.2 zetten wij uiteen hoe de hernieuwde aandacht voor de geestelijke volksgezondheid vergezeld ging van een zeker cultuurpessimisme en een reactie op de democratische en emancipatorische idealen van de jaren zeventig. Veranderde opvattingen over burgerschap en een zekere verharding in politiek en samenleving speelden daarbij een belangrijke rol.

5.1. Het psychiatrisch beroep

5.1.1. *Het werkveld en de beroepsorganisaties*

In de laatste twee decennia van de twintigste eeuw groeide het aantal actieve psychiaters van ruim 1.150 tot bijna 1.700. Niet alleen in absolute, maar ook in relatieve zin dijde de beroepsgroep uit: per 100.000 inwoners steeg het aantal van ruim 7 medio jaren zeventig en bijna 9 rond 1980 tot bijna 11 rond het jaar 2000, waarmee Nederland internationaal gezien behoorde tot de landen met relatief het hoogste aantal psychiaters. Ruim 15 procent van alle medisch specialisten was aan het eind van de eeuw psychiater; daarmee was het aandeel van de psychiatrie toen even groot als dat van de zenuw- en zielsziekten samen in 1960.[3368] In 1982 had de socioloog P. Schnabel naar aanleiding van zijn onderzoek naar de beroepsgroep voorspeld dat er een overschot aan psychiaters zou ontstaan, mede doordat andere beroepsgroepen een deel van hun werkzaamheden zouden overnemen. Daarop besloot de NVP het aantal opleidingsplaatsen terug te brengen.[3369] De uitdijende omvang van de beroepsgroep bleef echter achter bij de toenemende vraag: begin jaren negentig was één op de zes arbeidsplaatsen voor psychiaters vacant. Schattingen van de omvang van het tekort liepen uiteen van 200 tot 300. Mede doordat een groeiend aantal psychiaters voor een particuliere praktijk koos, kampten in het bijzonder psychiatrische ziekenhuizen, kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, de ouderenzorg, de verslavingszorg, de forensische psychiatrie en RIAGG'en met een tekort. Het hing niet alleen samen met de aanwassende vraag, maar ook met een stijgend aantal vervroegde uittredingen, arbeidstijdverkorting en de voorkeur van veel, vooral vrouwelijke, psychiaters voor werken in deeltijd. De verspreiding van psychiaters over het land was nog altijd onevenwichtig; vooral de oostelijke en zuidelijke provincies waren in vergelijking met de randstad onderbedeeld.[3370]

In het midden van de jaren negentig werkten meer dan 600 psychiaters in intramurale psychiatrische instellingen, ruim 300 in de algemene gezondheidszorg, bijna 500 in ambulante instellingen, tegen de 750 (van wie ruim 150 volledig) in eigen praktijken en meer dan 350 in andere instellingen zoals psychogeriatrische verpleeghuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, medische kleuterdagverblijven, Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW), forensische diensten en inrichtingen en bestuursrechtelijke instellingen. Vergeleken met het begin van de jaren tachtig was het aandeel van deze 'andere' instellingen tezamen in het psychiatrisch werkgebied (gemeten in aantallen werkzame personen) uitgedijd van 13

[3368] Van Drunen 2004, 40, 44; Hutschemaekers 1993a, 1178-1179; Hutschemaekers 1994, 172; Vos en Hutschemaekers 1999, 180; Simons 1993, 35. Zie ook bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000. Het aantal neurologen liep rond de millenniumwisseling tegen de 700. Tussen 1975 en 1995 nam het totaal aantal specialisten toe van 5.600 naar bijna 12.000, terwijl het aantal huisartsen steeg van 4.800 naar 6.800. Van Praag en Uitterhoeve 1999, 63, 69.

[3369] Schnabel 1982a, 33-49.

[3370] Ravelli 1991, 723-724; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 19; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 20-21; vergelijk Simons 1993, 34; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 92; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 84; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 18; De Goei 1990b, 25; Hutschemaekers 1993a; Hutschemaekers 1994, 168-169, 172.

tot 22 procent, terwijl dat van de intramurale, ambulante en vrijgevestigde sectoren ongeveer gelijk was gebleven (respectievelijk 36, 30 en 45 procent) en dat van de algemene gezondheidszorg was gekrompen van 28 tot 19 procent.[3371] Een groeiend aantal psychiaters was werkzaam op het gebied van de sociale verzekeringsgeneeskunde: het verrichten van medische keuringen in het kader van de ziekte- en arbeidsongeschiktheidswetgeving. Dit terrein was inmiddels omvangrijker dan dat van de forensische psychiatrie.[3372] Voorts gingen sommige psychiaters zich steeds meer bezighouden met beleid en management, aspecten van de beroepsuitoefening die terrein wonnen als gevolg van de schaalvergroting en bureaucratisering in de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de NVP kwam in 1985 een sectie voor beleidspsychiatrie tot stand voor psychiaters die in grote organisaties werkzaam waren.[3373] Overigens nam de animo van psychiaters om leidinggevende functies in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te bekleden af en lieten ze deze in toenemende mate over aan professionele managers. Verder waren de toenemende regelgeving, standaardisering en werkdruk in publieke instellingen, die ten koste ging van de directe contacten met patiënten, voor veel psychiaters reden om zich sterker op hun particuliere praktijken te richten. In de jaren negentig nam de omvang van deze sector met dertig procent toe.[3374]

Wat de combinaties van functies betreft boetten de verbindingen tussen de algemene en de geestelijke gezondheidszorg aan betekenis in. Het aantal psychiaters met een werkplek in zowel de algemene gezondheidszorg als in een ambulante instelling voor geestelijke gezondheidszorg of een eigen praktijk daalde. De combinatie tussen een ambulante functie en een particuliere praktijk won daarentegen terrein: ongeveer de helft van de psychiaters met een aanstelling in een ambulante instelling voerde ook een praktijk aan huis. Ruim 40 procent van de psychiaters was uitsluitend extramuraal en 14 procent uitsluitend intramuraal werkzaam, terwijl 32 procent deze werkplekken combineerde. Vijf procent van de psychiaters bekleedde een functie op semimuraal gebied.[3375]

Medio jaren negentig was 28 procent van de psychiaters van het vrouwelijk geslacht en tegen 2000 bestond bijna de helft van het aantal nieuwe inschrijvingen uit vrouwen; daarmee was de psychiatrie samen met de kindergeneeskunde het medisch specialisme met het grootste aandeel van vrouwen.[3376] De organisatiegraad van psychiaters daalde in de jaren tachtig en negentig: hun animo om lid van een beroepsvereniging te worden nam af. Alleen de NVP, waarbij tussen de 80 en 90 procent van de psychiaters was aangesloten, was nog representatief voor het medisch specialisme als geheel. Van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband was nog maar ongeveer 30 procent van alle psychiaters lid, terwijl dat rond 1980 nog meer dan 40 procent was. Ook daalde de participatiegraad van psychiaters in de verschillende

---

[3371] Van Drunen 2004, 40, 47. Zie verder bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.
[3372] Krul-Steketee en Zeegers 1993; vergelijk Kabela 1986 en Van Zandvoort 1987.
[3373] Ravelli 1996.
[3374] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Schene en Faber 2001, 77; Abma en Weijers 2005, 215.
[3375] Hutschemaekers 1993a, 1172-1176; vergelijk Abma en Weijers 2005, 214.
[3376] Van Drunen 2004, 40, 44-45; Hutschemaekers 1993a, 1172. Zie ook Van Heteren 1998. Vrouwen waren sterk vertegenwoordigd in de subspecialisatie kinder- en jeugdpsychiatrie, die in 1987 een officiële status kreeg in het specialistenregister. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 43.

psychotherapeutische verenigingen. Dit hing waarschijnlijk samen met veranderingen in de erkenningsvoorwaarden van psychotherapie: terwijl eerder het lidmaatschap van een vereniging het bewijs vormde van psychotherapeutische vaardigheden, kwam er in 1986 een officieel register voor psychotherapeuten, waartoe psychiaters op basis van hun opleiding automatisch toegang hadden.[3377]

Over de rol van de NVP als behartiger van de beroepsbelangen bestond onder de leden nog altijd veel ontevredenheid. De vereniging zou in de regel achter maatschappelijke ontwikkelingen aanlopen, te behoudend zijn en te terughoudend naar buiten toe optreden. De uiteenlopende en soms strijdige belangen van psychiaters stonden een duidelijk en eendrachtig beleid vaak in de weg. Ten einde adequater op het overheidsbeleid en andere externe ontwikkelingen te kunnen reageren en de belangen van de beroepsgroep beter te behartigen, ondernam het bestuur pogingen om een effectiever functioneren van de NVP mogelijk te maken. Zo stelde het in 1986 voor een vaste beleidsmedewerker aan te stellen. Dit leidde echter tot conflicten met en in het dagelijks bestuur en het bureau van de vereniging, die blijkbaar moeite hadden om bevoegdheden af te staan. Een en ander leidde in 1989 tot een bestuurscrisis, waarop de Leidse hoogleraar H.G.M. Rooijmans aantrad als nieuwe voorzitter om de rust te herstellen. Het algemeen bestuur nam afstand van de dagelijkse leiding en kreeg een adviserende rol.[3378]

Hun beroepsprofiel bleef de psychiaters sterk bezighouden. Mede onder invloed van de beroepsdifferentiatie in de geestelijke gezondheidszorg en de discussie over de afgrenzing van de werkzaamheden van de verschillende beroepsgroepen, de toenemende bemoeienis van de overheid en andere beleidsvormende organen met het werkveld alsmede de schaalvergroting en bureaucratisering van de instellingen waarin ze werkten, zagen psychiaters zich in de jaren negentig genoodzaakt zich opnieuw op hun beroepsidentiteit te bezinnen. In 1993 stelde de NVP een werkgroep Profielschets Psychiater onder leiding van de hoogleraar W. van Tilburg in die duidelijkheid moest verschaffen over de plaats van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep ging na welke kennis en vaardigheden psychiaters dienden te bezitten en op welke basis zij met andere beroepsgroepen moesten samenwerken. De werkgroep definieerde de psychiatrie aanvankelijk als een medisch specialisme dat zich bezighield met 'psychische ziekte' en een 'klinisch-descriptieve' diagnosemethode hanteerde.[3379] Blijkbaar vonden veel psychiaters deze omschrijving te beperkt, want later viel de werkgroep terug op het in de jaren zeventig en tachtig gehanteerde biopsychosociale profiel, waarmee de onderlinge tegenstellingen, althans voor het oog van de buitenstaander, min of meer leken te zijn overbrugd. Als biopsychosociaal generalist zou de psychiater in multidisciplinaire behandelteams aanspraak kunnen maken op een leidinggevende en coördinerende rol en de eindverantwoordelijkheid van de behandeling.

Het beroepsprofiel bewoog zich voortdurend tussen medisch specialist en biopsychosociaal generalist. Enerzijds hielden psychiaters vast aan hun status als arts, zodat zij zich konden onderscheiden van andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds bestond er de neiging om zich niet uitsluitend als medicus, maar zich ook met psychosociale vaardigheden te profileren - dit laatste mede om een centrale en leidinggevende rol in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen vervullen, in

---

[3377] Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992.
[3378] Van 't Hof 1996, 74-75.
[3379] Van Tilburg 1996, 10, 13.

het bijzonder bij de diagnosestelling.[3380] Psychiaters bleven worstelen met de plaats van hun vak tussen de somatische, de sociale en de gedragswetenschappen.[3381] In 2004 ondernam de voorzitter van de NVP, de Utrechtse hoogleraar R.S. Kahn, een poging om met een nieuwe profielschets het biomedische karakter van de psychiatrie te versterken. De neurowetenschappen dienden de basis van het vak te vormen, aldus Kahn, en in de opleiding was meer aandacht voor neurologie en interne geneeskunde nodig. Psychiaters waren in de eerste plaats arts en als zodanig moesten zij zich concentreren op ernstige, door hersenaandoeningen veroorzaakte stoornissen in gedrag, cognitie en gevoel. De (psychotherapeutische) behandeling van 'lichte' psychosociale en levensproblemen konden zij beter overlaten aan psychologen. Veel leden van de NVP konden zich moeilijk in het profiel van de psychiater als hersenspecialist herkennen en bleven waarde hechten aan de psychologische en sociale aspecten van hun vak. Volgens critici van Kahn was diens streven mede ingegeven door zijn sterk Amerikaanse oriëntatie en de wens om het prestige van het vak in de medische wereld te verhogen.

Mede onder invloed van het toenemende aanzien van de biologische psychiatrie en later ook de fusies van RIAGG'en en psychiatrische ziekenhuizen, waarin psychiaters meer invloed uitoefenden dan in multidisciplinair samengestelde ambulante voorzieningen, ging een groeiend aantal van hen in de jaren negentig sterker de medische kant van hun beroep benadrukken en raakten sociaal- en psychotherapeutisch georiënteerde psychiaters enigszins in het defensief.[3382] Al vanaf de jaren zestig hadden sommige academische psychiaters, zoals H.M. van Praag, hun vak in medisch-biologische richting trachten om te buigen, maar zij waren daarin gehinderd door het maatschappelijke klimaat, de antipsychiatrie en vooral ook door sterke weerstanden van veel vakgenoten die zich met psychotherapie en de sociale psychiatrie bezighielden.[3383] Pas in 1990 kreeg de biologische psychiatrie een eigen sectie in de NVP, maar toen was haar opmars niet meer te stuiten. De accentverschuiving van de sociaalpsychologische naar de medisch-biologische richting, die al in de tweede helft van de jaren tachtig was begonnen, kwam tot uiting in het toenemend gebruik van psychofarmaca en de herleving van de elektroshocktherapie.[3384] De medische profilering van het vak werd ook in de hand gewerkt door de toenemende invloed van de *evidence-based medicine* in de geneeskunde als geheel, waardoor de medische praktijk werd onderworpen aan wetenschappelijke toetsing, alsmede door de rationalisering van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. De objectivering en standaardisering van de diagnostiek werd bevorderd doordat steeds meer Nederlandse psychiaters gebruik maakten van internationale classificatiesystemen: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de Amerikaanse psychiatrische beroepsorganisatie, waarvan de derde en vierde edities respectievelijk in 1980 en 1994 (DSM-III en DSM-IV) verschenen, of, in mindere mate, van de *International Classification of Diseases* (ICD, 1977). De DSM-classificatie, die uit de jaren vijftig stamde, maar pas na 1980 grote internationale invloed kreeg, kwam tot stand op basis van consensus van deskundigen en definieerde stoornissen voornamelijk op basis van patronen in psychologische en gedragssymptomen.

[3380] Pols 1990b; Van Tilburg en De Groot 1999; Hodiamont 2000; Bakker 2003; Richartz s.a.
[3381] Van 't Hof 1996.
[3382] Hutschemaekers 1993a, 1178.
[3383] Van de Reijden 1984, 37; Simons 1993, 27-28.
[3384] Zie verder 5.3.3. Zorg en behandeling.

Van de DSM-IV en de ICD-10 (1992) verschenen onder auspiciën van de NVP Nederlandse vertalingen. De groeiende invloed van met name de DSM was een teken van de sterker wordende medische oriëntatie van de psychiatrie.[3385]

Ontwikkelingen in de genetica, de resultaten van de cognitieve neurowetenschappen, het fysiologisch hersenonderzoek en de daarin toegepaste technieken zoals computergestuurde scanning, waardoor hersenactiviteiten in beeld kunnen worden gebracht, vormden een belangrijke stimulans voor psychiaters om zich op de veronderstelde lichamelijke basis van geestesziekten te richten. Zij werden daarin gesteund door de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die stelde dat de biologische psychiatrie door de eenzijdige nadruk op sociale en psychologische factoren was ondergewaardeerd en dat het onderzoek op dit terrein in Nederland achterliep bij dat in andere Westerse landen. Vooral patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornissen en zware depressie zouden gebaat zijn bij de medicamenteuze behandeling; meer onderzoek in deze richting was geboden. Ook bepleitte de Inspectie een versterking van de rol van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van een zorgvuldige, medisch onderbouwde diagnostiek, die als gevolg van de kritiek op de medische psychiatrie schromelijk zou zijn verwaarloosd.[3386] Eind jaren tachtig riep de Inspectie een Kerngroep Biologische Psychiatrie in het leven. Deze uit veertien prominente psychiaters bestaande groep onderstreepte in haar rapport *Biologische psychiatrie: een ontbrekende schakel* (1992) het wetenschappelijke en klinische belang ervan.[3387] Eenzelfde teneur klonk door in het rapport *Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie* (1996) dat in opdracht van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg tot stand kwam.[3388]

In de jaren negentig, in Amerika op instigatie van het Congres uitgeroepen tot *The Decade of the Brain*, groeide de aandacht voor de biologische psychiatrie in Nederland. De media speelden een belangrijke rol bij het verspreiden van het optimisme omtrent de biologische psychiatrie en de nieuwe psychofarmaca ter behandeling van depressie en psychosen. Zo wijdde de journalist P. Witteman in 1995 onder de titel *Opgenomen* een serie televisieprogramma's aan de psychiatrie waarin duidelijk een voorkeur doorklonk voor de medisch-biologische benadering. Kahn, sinds 1993 hoogleraar psychiatrie in Utrecht, kreeg uitgebreid gelegenheid om uit te leggen dat dankzij het onderzoek naar de werking van neurotransmitters en nieuwe scantechnieken de kennis van de werking van de hersenen met sprongen vooruitging en dat psychiatrische patiënten daar baat bij zouden hebben. De manisch-depressieve psychose, waarvan de aanleg erfelijk bepaald zou zijn, was volgens Kahn goed met medicijnen of elektroshocktherapie te behandelen.

[3385] Kirk en Kutchins 1992; Abma en Weijers 2005, 181-183; vergelijk Van Ree 2007, 193-196.
[3386] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 10, 23-24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 17; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 74. Sinds 1995 is de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, bestaande uit een hoofdinspectie en vijf regionale afdelingen, samengevoegd met die voor de Volksgezondheid en voor de Geneesmiddelen in de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 9; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 7; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 5; Lucieer 2005, 75.
[3387] Abma en Weijers 2005, 179-180.
[3388] Hutschemaekers 1996.

Hij beweerde dat de elektroshock bij negen op de tien depressieve patiënten werkte, hoewel niemand wist waarom. Ook meldde hij dat er binnen vijf jaar effectieve medicijnen beschikbaar zouden zijn om de symptomen van schizofrenie te bestrijden. In Nederland waren artsen te terughoudend geweest met psychofarmaca, zo betoogde Kahn, en hij juichte het dan ook toe dat hierin verandering was gekomen en dat met name huisartsen deze steeds meer voorschreven.[3389]

Toch deelden maar weinig psychiaters Kahns onvoorwaardelijke vertrouwen in en enthousiasme voor de biologische psychiatrie. Een verklaard tegenstander van de medische psychiatrie als Foudraine lanceerde met zijn *Bunkerbouwers* (1997) opnieuw een felle aanval erop, maar ook meer gematigde psychiaters wezen op de tekortkomingen van het biologisch-neurologische en genetische onderzoek. De biologische psychiatrie kon haar pretenties bij lange na niet waarmaken. De neurowetenschappen waren maar zelden direct toepasbaar in de psychiatrische praktijk en de heilzame werking van de psychofarmaca werd vaak overdreven; deze konden hoogstens dienen als een toevoeging aan en niet als vervanging van andere therapieën.[3390] De praktische consequenties van het genetische onderzoek bleven vooralsnog beperkt. Al in de jaren vijftig en zestig werd met name in Scandinavië, Engeland, Zwitserland en de Verenigde Staten door middel van familie- en tweelingonderzoek gepoogd inzicht te verkrijgen in de rol van erfelijke factoren bij het ontstaan van psychosen zoals schizofrenie en manische depressie.[3391] In de jaren tachtig en negentig kreeg dit onderzoek een nieuwe impuls en richtte het zich ook op stoornissen als Alzheimer en autisme. Voor enkele sporadische ziekten (Huntington en sommige vormen van dementie) toonden onderzoekers de grote rol van erfelijkheid ondubbelzinnig aan, maar onderzoekers slaagden er niet in om voor andere psychiatrische stoornissen eenduidige genetische verklaringen te vinden: hun bevindingen wezen eerder in de richting van een gecompliceerde wisselwerking tussen erfelijk bepaalde afwijkingen en omgevingsinvloeden. Psychische stoornissen als schizofrenie kenden weliswaar een genetische basis, maar de aanleg daartoe betekende nog niet dat deze zich ook daadwerkelijk voordeden; de invloed van de omgeving zou mede bepalen of een stoornis latent bleef dan wel manifest werd. Voor zover het al resultaten opleverde, deed het genetisch onderzoek derhalve geen afbreuk aan het belang van aandacht voor psychische en sociale factoren in de psychiatrie.[3392]

De publieke aandacht voor en de pretenties van de biologische psychiatrie waren geen afspiegeling van de psychiatrische praktijk. Gevraagd naar hun bijzondere deskundigheid, noemden psychiaters begin jaren negentig het meest psychotherapie, gevolgd door de sociale en biologische psychiatrie.[3393] Een groot deel van de psychiatrische behandelpraktijk binnen en buiten de psychiatrische ziekenhuizen bestond nog steeds uit enigerlei vorm van psychotherapie. De medisch-biologische richting strookte evenmin met de belangrijke rol die de sociaalpsychologische benadering speelde in de zorg voor psychiatrische patiënten, vooral in verband met de zogenaamde

---

[3389] Witteman 1995, 162-204; vergelijk Pols 1995 en Hrackovec 1995.
[3390] Koers 1989; Witteman 1995, 43, 46, 51, 102-103; vergelijk Van 't Hof 1996.
[3391] Shorter 1997, 241-246.
[3392] Niermeijer 1990; Kuilman 1990; Frets 1990; Vandermeersch 1990; De Waardt 2005, 215-216.
[3393] Hutschemaekers 1993a; Schwarz 1987, 421; vergelijk Giel et al. 1989; Koerselman 1998; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 38.

vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.[3394] De medisch-biologische objectivering stond op gespannen voet met de individualiserende en invoelende benadering, waaraan veel psychiaters bleven hechten en die veel patiënten ook van hen verwachtten. Weliswaar verwierven de DSM en de psychofarmaca een vaste plaats in hun dagelijkse werk, maar tegelijkertijd stelden veel psychiaters zich afwachtend zo niet sceptisch op tegenover de beloften van de neurobiologie en het farmacologisch onderzoek, vooral als het om de genezing van ernstige stoornissen ging.[3395]

Wellicht heeft de biomedische oriëntatie er wel toe bijgedragen dat psychiaters zich opnieuw gingen bezighouden met psychogeriatrische aandoeningen als dementie[3396] en met de psychische stoornissen van verstandelijk gehandicapten. Het aantal leden van de Sectie voor psychiatrie in de zwakzinnigenzorg van de NVP groeide en in 1996 werd de psychiater A. Dosen hoogleraar in de psychiatrische aspecten van zwakzinnigheid aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Volgens hem zou dertig tot vijftig procent van de verstandelijk gehandicapten ook behept zijn met psychiatrische aandoeningen en waren er aparte voorzieningen voor deze groep nodig. In Nijmegen kreeg het academisch ziekenhuis een hiervoor gespecialiseerde polikliniek.[3397] Verder vormde de biologische psychiatrie een ondersteuning voor de versterking van de positie van de consultatieve en liaison-psychiatrie in algemene ziekenhuizen. De oprichting van de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie in 1994, de fusie van het in 1983 opgerichte Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie met de Sectie Ziekenhuispsychiatrie van de NVP in 1998 en de instelling van de Commissie Ziekenhuispsychiatrie door de staatssecretaris van Volksgezondheid, H.J. Simons, waren belangrijke stappen in de ontwikkeling van dit specialisme. De commissie bepleitte de integratie van psychiatrische deskundigheid in algemene ziekenhuizen ten behoeve van de behandeling van somatische en psychiatrische co-morbiditeit. Naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Psymed Units* richtte een aantal PAAZ'en zich vooral op deze problematiek.[3398]

In feite was de psychiatrische praktijk rond 2000 nog even eclectisch als in de voorafgaande eeuw en bestond er nog steeds een kloof tussen het diagnostisch en therapeutisch vermogen van de psychiatrie. Bovendien waren er ook tekenen dat de menswetenschappelijke benadering weer op een groeiende belangstelling van psychiaters kon rekenen. Mede naar aanleiding van P.C. Kuipers *De mens en zijn verhaal* (1989), discussieerden sommigen over de relevantie van de fenomenologie voor de psychiatrie. Het aantal aanmeldingen voor het eerste congres van een nieuwe sectie van de NVP, Psychiatrie en Filosofie, in 2002 overtrof het aantal beschikbare plaatsen. Op de bijeenkomst werd de wenselijkheid van een herwaardering van de fenomenologie en de hermeneutiek benadrukt.[3399] In een terugblik op 25 jaar psychiatrie in Nederland bij het

---

[3394] Zie verder 5.2.2 Extramuralisering en vermaatschappelijking; 5.3.3. Zorg en behandeling; 5.5.1. Het gebrekkige dragvlak voor vermaatschappelijking.

[3395] Hutschemaekers 1996; Abma en Weijers 2005, 184; vergelijk Van 't Hof 1996.

[3396] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 104-105; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 100.

[3397] Zwanikken en Sijben 1991, 538; Simons 1993, 60-61; De Jong 1997; Brabers en Schreuder 1998, II: 461-504.

[3398] Vos 2007b, 147-151.

[3399] Melis 1990; De Kroon 1997; De Kroon 1999; Vijselaar 2002c. Al eerder had met name de psychiater A.W.M. Mooy aangedrongen op een herwaardering van de antropologische benadering. Mooy 1984.

125-jarig bestaan van de NVP, waarvoor S. van 't Hof meer dan twintig beroepsbeoefenaren over de ontwikkelingen in hun vak interviewde, merkte zij op dat zij getroffen was door de grote mate aan kritische zelfbeschouwing en openheid over hun twijfels die haar gesprekspartners aan de dag legden. Allen worstelden met de vraag waar hun vak precies thuishoorde tussen de geneeskunde en de sociale en gedragswetenschappen.[3400]

5.1.2. *De universitaire psychiatrie*

In de academische psychiatrie, waar medio jaren tachtig een einde kwam aan de twintigjarige hegemonie van de psychoanalyse, deed de invloed van de neurobiologie en -fysiologie zich evenwel sterk gelden, wellicht mede omdat onderzoek en publicaties op het gebied van de biopsychiatrie meer wetenschappelijk aanzien en financiële middelen opleverden. H.M. van Praag had in de jaren zeventig al een leerstoel biologische psychiatrie in Groningen en een algemene leerstoel in Utrecht bekleed. In Groningen was R.H. van den Hoofdakker vanaf 1977 aangesteld voor dit specialisme. Vanaf het eind van de jaren tachtig bezetten pleitbezorgers van deze richting nieuwe of bestaande leerstoelen: F.G. Zitman in Nijmegen (1988), L. Pepplinkhuizen in Rotterdam (1990), Van Praag in Maastricht (1992), Kahn in Utrecht (1993) en G.M.J. van Kempen in Leiden (1990). In Groningen volgde J.A. den Boer in 1996 Van den Hoofdakker op. Al eerder, medio jaren tachtig, was R.J. van den Bosch daar benoemd tot hoogleraar psychiatrie. Hij was in 1982 gepromoveerd op een onderzoek naar het cognitieve functioneren van lijders aan schizofrenie en daaraan verwante stoornissen. Zijn conclusie was dat er iets schortte aan het vermogen om informatie te verwerken; de oorzaak van schizofrenie zou niet, zoals in de jaren zeventig gebruikelijk was geweest, gezocht moeten worden in gestoorde gezinsrelaties.[3401]

De biologische benadering kreeg vooral een sterke impuls met de benoeming van Kahn, leerling van Van Praag. In zijn oratie kondigde hij aan dat hij onderzoek naar schizofrenie ging doen door middel van hersenonderzoek, waarbij hij gebruik maakte van scan- en computertechnieken. Schizofrenie zou gepaard gaan met hersenafwijkingen en de stoornis zou een erfelijke component bezitten. De symptomen waren volgens Kahn goed met psychofarmaca te onderdrukken. De Universiteit van Utrecht werd het centrum van de biologische psychiatrie in Nederland. Naast Kahn deed de kinderpsychiater H. van Engeland onderzoek naar autisme, waarbij de nadruk verschoof van een verstoorde relatie tussen moeder en kind naar afwijkingen in de hersenen en genen.[3402] In Leiden, waar Rooijmans in 1985 Bastiaans opvolgde, werden de banden tussen Endegeest en de Jelgersmakliniek weer aangehaald. Endegeest had zich na de Tweede Wereldoorlog met een sterke gerichtheid op biomedisch onderzoek van de meer op psycho- en sociotherapeutische behandeling en onderzoek georiënteerde Jelgersmakliniek onderscheiden. Hoewel de laboratoria van Endegeest voor neurofysiologie, neuroanatomie, genetisch onderzoek en neuropathologie in de jaren tachtig ten prooi vielen aan bezuinigingen en alleen een biochemisch laboratorium overbleef, verschoof

[3400] Van 't Hof 1996, 89.
[3401] Blok s.a.b [1999], 66-68.
[3402] De Waardt 2005, 212-218, 298.

het accent van de Leidse universitaire psychiatrie van een psycho- en sociotherapeutische naar een meer biomedische en psychofarmaceutische oriëntatie.[3403]

De hoogleraren in de biologische psychiatrie vormden geenszins een gesloten front. Kahns stellige overtuiging dat psychische stoornissen waren terug te voeren op lichamelijke afwijkingen en dat de psychologische en sociale benaderingen grotendeels achterhaald waren, werd niet door al zijn collega's gedeeld. In zijn afscheidsrede nam Van den Hoofdakker fel stelling tegen wat hij als 'vraatzuchtig reductionisme' en 'biologisch simplisme' karakteriseerde. Hij betreurde de eenzijdigheid en polarisatie waarmee de biologische psychiatrie gepaard ging: psychiaters moesten volgens hem oog hebben voor de interactie tussen natuur én cultuur, tussen aanleg én omgeving. De populariteit van biologische verklaringen was volgens hem een symptoom van een afnemend sociaal bewustzijn en ze werden gebruikt om bezuinigingen door te voeren; pillen waren immers goedkoper dan psychotherapie.[3404]

Zelfs Van Praag, Kahns leermeester, die na een tienjarig verblijf in Amerika als hoogleraar aan de Universiteit van Maastricht in Nederland terugkeerde, gaf toe dat niet alle psychische fenomenen tot biochemische processen waren te herleiden en pleitte voor behoud van psychische en sociale behandelwijzen naast de psychofarmaca, omdat psychiatrische aandoeningen mede zouden ontstaan als reacties op schadelijke invloeden van buitenaf.[3405] Van Praag leverde evenals Van Tilburg en Rooijmans ook kritiek op het DSM-classificatiesysteem en de grote invloed die het had verworven in de psychiatriebeoefening. Het Kraepeliaanse uitgangspunt dat er afzonderlijke psychiatrische ziekte-eenheden bestaan zou uitermate twijfelachtig zijn en verder was de DSM niet op empirisch onderzoek, maar op consensusvorming onder Amerikaanse psychiaters gebaseerd, waardoor de grondslagen van het systeem niet meer ter discussie konden worden gesteld.[3406] In zijn oratie erkende de Rotterdamse hoogleraar Pepplinkhuizen dat over het causale verband tussen de werking van psychofarmaca en de somatische stoornissen nog veel onbekend was. De biologische psychiatrie had weliswaar de toekomst, maar dat betekende niet dat de sociale psychiatrie en psychotherapie zouden kunnen verdwijnen.

Aanhangers van de 'zachte', psychosociale kanten van de psychiatrie wekten de indruk dat met name de sociale psychiatrie steeds meer in de verdrukking kwam aan de universiteiten; in Leiden en Rotterdam verdwenen leerstoelen op dit terrein en in de psychiatrische opleiding zou de stage sociale psychiatrie gevaar lopen. Er werden echter ook nieuwe hoogleraren voor zowel sociale als ambulante psychiatrie benoemd: R. van Dyck (sociale en ambulante psychiatrie) aan de Vrije Universiteit (1987), J. Ormel (sociale psychiatrie en epidemiologie) in Groningen (1994), J. Buitelaar (biopsychosociale determinanten van menselijk gedrag) in Utrecht (1995), A. Schene (sociale en ambulante psychiatrie) aan de Universiteit van Amsterdam (1995), P.G. Hodiamont (sociale psychiatrie) aan de Katholieke Universiteit Brabant (1995) en J. van Oss (sociale psychiatrie) aan de Universiteit van Maastricht (1995). Ormel en Van Oss profileerden zich met epidemiologisch onderzoek. Bovendien kwamen twee voormalige hoogleraren sociale psychiatrie op algemene leerstoelen terecht: W.J. Schudel aan de

[3403] Blok 1998d, 253-256, 266.
[3404] Van den Hoofdakker 1996; vergelijk Abrahams 1995.
[3405] Bos 2002, 106, 146; vergelijk Bos 1997.
[3406] Van 't Hof 1996, 40-43.

Erasmusuniversiteit (1985) en B.P.R. Gersons aan de Universiteit van Amsterdam (1991). De Nijmeegse hoogleraar F.A.M. Kortmann, in 1993 benoemd, was met zijn deskundigheid op het gebied van de transculturele psychiatrie ook een exponent van de sociale oriëntatie van het vak en hetzelfde gold voor J. de Jong, die vanaf 1992 een bijzondere leerstoel op dit terrein aan de Vrije Universiteit bekleedde. Een groeiend aantal allochtone patiënten leidde tot meer aandacht voor de culturele bepaaldheid van het gangbare psychiatrische perspectief en de behandeling van geestesziekte. Zo wees Kortmann erop dat Westerse waarden als autonomie, zelfredzaamheid, assertiviteit en zelfontplooiing op gespannen voet staan met het belang dat veel etnische minderheden hechtten aan groepsharmonie en onderschikking van het individu aan collectieve leefverbanden. Werkers in de geestelijke gezondheidszorg zouden meer rekening moeten houden met dergelijke verschillen. De Jong drong aan op meer epidemiologisch onderzoek naar de frequentie, aard en beleving van psychische stoornissen onder allochtonen en hun hulpvraag als voorwaarde voor de ontwikkeling van een consistent beleid in de geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van deze groep.[3407]

De hoogleraren W. van Tilburg (Vrije Universiteit) en Van den Bosch (Rijksuniversiteit Groningen), die algemene leerstoelen bekleedden, hadden eveneens oog voor het belang van de sociale psychiatrie, en hetzelfde gold ook voor de Nijmeegse hoogleraar voor klinische psychiatrie G.J. Zwanikken (1985-1992), wiens aandacht in het bijzonder uitging naar de zorg voor chronische geesteszieken.[3408] De psychotherapie verdween evenmin uit de universitaire psychiatrie. Zo bleef de Leidse Jelgersmakliniek een voornamelijk psychotherapeutische instelling, hoewel langdurende en inzichtgevende behandelingen op psychoanalytische grondslag hadden plaats gemaakt voor een meer directieve aanpak en kortdurende psychotherapeutische technieken, die waren ontleend aan het gedrags- en cognitief-therapeutische repertoire.[3409] In Nijmegen stapte de hoogleraar psychiatrie A.A. Fischer in 1987 over op een leerstoel psychotherapie, die hij tot 1995 bekleedde.[3410] Tegen deze achtergrond moet de vermeende dominantie van de biomedische richting worden gerelativeerd.

Sinds de jaren zestig had de Nederlandse universitaire psychiatrie zich ontwikkeld van een beschouwend vak naar een meer empirisch gefundeerde discipline. Hoewel het Nederlandse onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg volgens een inventarisatie onder leiding van de voorzitter van de NVP Van Tilburg tot de Europese top behoorde, liep het wat de omvang betreft (vijf procent van het totale onderzoek aan medische faculteiten) achter op de somatische geneeskunde. De farmaceutische industrie financierde minder psychiatrisch onderzoek dan over het algemeen werd verondersteld: 10 tot 15 procent.[3411] In de universitaire geneeskunde stond psychiatrie nog steeds laag aangeschreven.[3412] Het aantal psychiaters dat publiceerde in toonaangevende buitenlandse bladen, was gering. Blijkbaar trok de psychiatrie minder dan andere medische specialisaties artsen aan die wetenschappelijk onderzoek wilden verrichten.

[3407] Blok 1998d, 269-270; De Jong 1991.
[3408] Van Veldhuizen 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 97; Gersons 1994; Brabers en Schreuder 1998, II: 477, 498; Giel 2000; Kool 2000; Bos 2002; Van Londen 2001; Willemsen 2004, 184; Schrameijer 2005b, 102; vergelijk Witteman 1995, 284, 297.
[3409] Rooijmans 1998, 131.
[3410] Brabers en Schreuder 1998, II: 470.
[3411] Schoemaker 1999.
[3412] Witteman 1995, 35-36.

Tussen 1985 en 1998 promoveerden ruim honderd psychiaters. In de jaren negentig was ongeveer 12 procent van de psychiaters gepromoveerd, een percentage dat nauwelijks hoger lag dan dat van begin jaren tachtig (11 procent) en dat achterbleef bij het aantal gepromoveerden in de interne geneeskunde (30 procent) en de neurologie (15 procent).[3413] Verrassend is de bescheiden plaats die het biomedische en in het bijzonder het psychofarmaceutische onderzoek innamen in het promotieonderzoek: nog geen 20 procent van de dissertaties was daaraan gewijd. De meeste proefschriften, meer dan een derde van het totaal, richtten zich op onderwerpen op het gebied van de klinische psychiatrie (diagnostiek, ziektebeelden en behandelpraktijken), terwijl ook het terrein van de sociale psychiatrie met iets minder dan een derde, sterk was vertegenwoordigd.[3414]

Niet alleen in de behandelpraktijk, ook in het wetenschappelijke onderzoek bleef de integrale biopsychosociale benadering invloedrijk. Een voorbeeld vormt het onderzoek naar het ontstaan, het beloop en de behandeling van schizofrenie dat vanaf het eind van de jaren tachtig onder leiding van de psychiater D. Linszen in de zogenaamde Adolescentenkliniek van de Universiteit van Amsterdam werd verricht. Daarin kregen erfelijke aanleg en de ontwikkeling van de hersenen veel aandacht; zo werd ontdekt dat er een verband bestond tussen cannabisgebruik en psychotische uitingsvormen van schizofrenie. Tegelijkertijd ging het onderzoek naar behandelmethoden en effecten uit van een stress-kwetsbaarheidsmodel dat een wederzijdse beïnvloeding van biologische, psychische en sociale factoren veronderstelde. De latente erfelijke aanleg voor schizofrenie zou door de invloed van diverse risicofactoren manifest kunnen worden. De behandeling die de onderzoekers uitdokterden was niet gericht op genezing van schizofrenie, maar op de beheersing van de gevolgen ervan aan de hand van individuele risicoprofielen van patiënten. Concreet kreeg dit streven gestalte in een breed palet aan medische en sociaal-psychologische interventies: het voorschrijven van psychofarmaca, ondersteunende en preventieve sociaal-psychiatrische begeleiding, gesprekstherapie, cognitieve- en communicatietrainingen, psycho-educatie en gezinstherapie voor familieleden.[3415]

[3413] Rooijmans 1993, 425-426; vergelijk Rooijmans 1999, 171.
[3414] Rooijmans s.a.
[3415] Schrameijer 2005b, 74-284.

5.2. Maatschappij, overheid en geestelijke gezondheidszorg

5.2.1. *De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg*

Het nog steeds toenemende beroep op collectieve voorzieningen en de professionele hulpverlening riep vanaf 1980 tegenreacties op. Mede onder invloed van de sterk oplopende werkloosheid en overheidsschuld als gevolg van de economische crisis, zwol de kritiek op de verzorgingsstaat aan. De liberalen namen het voortouw, maar de christen-democraten onder leiding van R. Lubbers, van 1982 tot 1994 minister-president, sloten zich al gauw hierbij aan. Terwijl sociale voorzieningen eerder waren voorgestaan om de maatschappelijke belemmeringen - armoede, ongelijkheid en onmondigheid - voor individuele zelfontplooiing weg te nemen, gold de verzorgingsstaat nu zelf als het probleem. De critici wezen erop dat de overheid overbelast was geraakt vanwege het toenemende beroep van burgers op collectieve voorzieningen en dat deze onbetaalbaar werden. In hun ogen had de verzorgingsstaat geleid tot afhankelijkheid van de staat, passiviteit, consumentisme, calculerend gedrag, een ondermijning van de individuele verantwoordelijkheid en het arbeidsethos, een overwaardering van rechten ten koste van plichten en een verzwakking van de sociale banden. Zowel de verzorgingsstaat als het geloof in sociale maakbaarheid moesten het ontgelden. De overheid en de maatschappij zouden verstrikt zijn geraakt in het zelf gesponnen bureaucratisch web van inefficiënte wet- en regelgeving, die individuen het eigen initiatief ontnam en hun zelfredzaamheid en ontplooiing in de weg stond.[3416]

Deze kritiek speelde deels in op de voortschrijdende individualisering en de gegroeide maatschappelijke afkeer van paternalisme en betutteling. De individualisering kwam het meest pregnant tot uiting in de daling van de gemiddelde omvang van de huishoudens, de veranderende gezinspatronen en de sterke stijging van het aantal alleenstaanden. Terwijl het traditionele gezin van man, vrouw en kinderen in 1960 nog 56 procent van de huishoudens uitmaakte, was dat percentage aan het eind van de eeuw geslonken tot ruim 30. Het aandeel van de alleenstaanden daarentegen was gestegen van 12 naar meer dan 30 procent.[3417] Wanneer mensen nog wel in gezinsverband leefden, kregen ze op latere leeftijd en tevens minder kinderen dan vroeger - eind jaren negentig gemiddeld 1,6 per vrouw, terwijl de vruchtbaarheid in 1970 nog 2,6 en in 1960 nog 3,1 bedroeg. Ze trouwden op latere leeftijd, woonden meer en langer ongehuwd samen en scheidden vaker: 'seriële monogamie' begon het huwelijk voor het leven te verdringen. De verhoudingen binnen relaties en gezinnen kenmerkten zich door een afgenomen ongelijkheid tussen man en vrouw en tussen ouders en kinderen en door een hoge waardering van de kwaliteit van de affectieve bindingen, wederzijdse betrokkenheid en onderlinge communicatie.[3418]

Liberalen en christen-democraten verlegden met hun politiek van deregulering en privatisering het accent van collectieve zorg onder de vleugels van de staat naar de eigen verantwoordelijkheid van burgers op de vrije markt, de liberale optie, dan wel in een zorgzame samenleving, het christen-democratische ideaal. De verzorgingsstaat diende in

---

[3416] Van der Veen 1995; Van der Veen 1999; De Haan en Duyvendak 2002, 179-183.
[3417] Van Praag en Uitterhoeve 1999, 15-16; Uitterhoeve 2000, 37; vergelijk Duyvendak en Hurenkamp 2004.
[3418] Van Praag en Uitterhoeve 1999, 13; Van den Brink 1999, 549, 553; Uitterhoeve 2000, 37.

te krimpen ten gunste van de zelfwerkzaamheid van geëmancipeerde burgers die verantwoordelijkheid namen voor zichzelf en hun naasten. Autonome zelfontplooiing van het individu op basis van zijn talenten en inspanningen met minimale bemoeienis van de overheid werd de nieuwe norm omtrent goed burgerschap. Zelfontplooiing was een persoonlijke en niet langer een maatschappijkritische aangelegenheid, zoals in de protestbewegingen van de jaren zestig was verkondigd. Mensen konden voortaan 'gewoon zichzelf zijn' zonder zich druk te maken om de vraag hoe de samenleving viel te veranderen.[3419]

In vergelijking met de 'conservatieve revolutie' die in de Angelsaksische wereld onder leiding van de Amerikaanse president R. Reagan en de Britse premier M. Thatcher plaatsvond, kreeg de privatiserings- en dereguleringsgolf in Nederland, althans voor het midden van de jaren negentig, een voorzichtige en pragmatische gedaante.[3420] Weliswaar deden de overheid en de publieke sector een stap terug ten gunste van zelfwerkzame burgers en de vrije markt, maar dat betekende niet dat de verzorgingsstaat teloorging. Het uitkeringsniveau ging omlaag en de toegangseisen werden strikter, maar het stelsel als zodanig bleef tot het begin van de eenentwintigste eeuw overeind. De collectieve uitgaven bereikten onder de kabinetten Lubbers ondanks hun *no-nonsense* beleid met zeventig procent van het nationale inkomen een hoogtepunt. De inkomensverschillen, die vanaf 1983 weliswaar groeiden, bleven in Nederland kleiner dan in andere landen. Na de polarisatie in de jaren zeventig en de massale protesten tegen de plaatsing van kruisraketten en de sociale onrust begin jaren tachtig, vervaagden de politieke tegenstellingen en deed zich een zekere ideologische onderkoeling voor. Hoewel het marktdenken terrein won, bleef het sociaaleconomische stelsel corporatieve trekken vertonen: zo kwamen werkgevers en werknemersorganisaties tezamen met de regering in 1982 tot het Akkoord van Wassenaar ten einde door middel van loonmatiging, arbeidsduurverkorting en deeltijdarbeid de economische crisis te lijf te gaan; in de jaren negentig kreeg deze consensusvorming faam als het poldermodel.[3421]

De kritiek op de verzorgingsstaat trof in de jaren tachtig vooral de welzijnszorg. Maatschappelijk werkers zouden het tegengestelde bewerkstelligen van wat zij pretendeerden te doen: zij kwamen niet tegemoet aan onder de bevolking levende behoeften, maar legden hun eigen professionele probleemdefinities aan mensen op en in plaats van hun zelfbeschikking te vergroten, bevorderden zij hun afhankelijkheid. Welzijnswerkers en agogen van diverse pluimage zouden zich meer met hun eigen werkgelegenheid dan met de noden van hun clientèle bezighouden en eigenlijk overbodig zijn, zo betoogde de filosoof H. Achterhuis in zijn geruchtmakende boek *De markt van welzijn en geluk* (1979).[3422] Vergelijkbare kritiek kwam er op de geestelijke gezondheidszorg, waarbij publicaties van Amerikaanse en Franse auteurs als C. Lasch, J. Donzelot, R. Castel en J.F. Le Cerf als inspiratie dienden. Medicaliserings- en normaliseringstheorieën, zoals die van M. Foucault, die eerder de medische psychiatrie aan de schandpaal hadden genageld, werden nu ook toegepast op de psychosociale

[3419] Duyvendak 1999; Tonkens 1999.
[3420] Uitterhoeve 2000.
[3421] De Haan 1993, 116-133; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 24, 47; De Rooy 2001.
[3422] Achterhuis 1979; vergelijk De Haan en Duyvendak 2002, 121-122, 182, 352-353.

hulpverlening.[3423] Deze filosofisch, sociologisch en politiek-libertair geïnspireerde kritiek op de schadelijke effecten van de psychosociale hulpverlening in de moderne welzijnsmaatschappij was grotendeels afkomstig van buitenlandse cultuurcritici en sociale wetenschappers. Ze kregen in Nederland weerklank onder enkele academici en journalisten.[3424] Lasch' cultuurkritiek vond eind 1979 een echo in het weekblad de *Haagse Post*, dat de jaren zeventig uitriep tot het 'ik-tijdperk'. De scherpe kritiek op de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg kreeg hier evenwel weinig navolging. Vergeleken met de felle polemieken van Franse en Amerikaanse auteurs tegen de psychologisering waren de toonaangevende Nederlandse bijdragen aan de sociologie van de geestelijke gezondheidszorg in die tijd, die van A. de Swaan en zijn medewerkers alsook P. Schnabel, verbonden aan het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, veel gematigder van toon.

Zo bracht Schnabel naar voren dat de antipsychiatrie en de kritische sociologie met hun eenzijdige aandacht voor stigmatisering, etikettering, sociale uitstoting, hospitalisering en disciplinering geen oog hadden voor de maatschappelijke realiteit van geestesstoornissen en niets concreets hadden bijgedragen aan de hulpverlening. De verwerping van het 'medische model' miste volgens hem elke relevantie in het licht van de alledaagse praktijk in de geestelijke gezondheidszorg. Daarin ging het deels immers om ernstige vormen van geestesziekte, waardoor mensen het contact met de werkelijkheid en hun vermogen tot zelfbeschikking en sociaal functioneren verloren. Deze patiënten konden eenvoudigweg niet zonder psychiatrische hulp.[3425] Maar niet alleen de psychiatrie in engere zin, die zich richtte op zware psychische stoornissen, ook de toename van zowel de vraag naar als het aanbod van psychosociale hulpverlening was volgens Schnabel legitiem. Deze waren te begrijpen tegen de achtergrond van de eisen die de moderne samenleving aan het psychische en sociale functioneren van mensen stelde. De kritiek op de psychologisering als een vorm van opgelegde disciplinering ging voorbij aan hun gegronde behoefte aan ondersteuning en advisering op psychisch en relationeel gebied. Veel cliënten zouden een rationele keuze maken om hun capaciteiten gericht te ontwikkelen en de kwaliteit van hun leven te verbeteren. De doeleinden van de geestelijke gezondheidszorg, zowel normalisering in de zin van een vermindering van scherpe contrasten en het afvlakken van extremen in gedrags- en gevoelsuitingen als de bevordering van individuele zelfbeschikking en ontplooiing, weerspiegelden, zo stelde Schnabel, 'het moderne psychische leven' waarin 'mensen enerzijds geaccepteerd willen worden als normale medemensen - en ook als zodanig willen functioneren - en anderzijds erkend willen worden in wat ze in positieve zin in hun eigen ogen bijzonder en tot individuen maakt.' Het toenemend beroep op de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande psychologisering waren dan ook niet zozeer een teken van disciplinering als wel van 'bevrijding uit chaos, onzekerheid en willekeur.'[3426]

De groeiende vraag naar deskundige hulp paste volgens Schnabel in een modern levenspatroon, waarin het individuele bestaan van mensen niet meer onderhevig was aan

---

[3423] Lasch 1977; Lasch 1979; Donzelot 1977, Castel en Le Cerf 1981-1982; Castel, Castel en Lovell 1982. Zie ook de Inleiding.
[3424] Zie Van Wel 1981; Abma 1983; Van Lieshout, Maas en Mol 1983; Ippel 1983; vergelijk Keulartz 1987; Mol en Van Lieshout 1989.
[3425] Schnabel 1985, 157-158; Schnabel 1998c, 19.
[3426] Schnabel 1991a, 503-504.

noodlot en toeval, maar zij hun leven steeds meer in eigen hand namen, zoals zij ook, door middel van ziektepreventie, hygiëne, geboorteregeling en verzekeringen, zorg droegen voor hun lichamelijke gezondheid. Overheidsbemoeienis op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg was voor Schnabel dan ook min of meer vanzelfsprekend aangezien de politiek meer in het algemeen de taak op zich had genomen om de kwaliteit van de maatschappelijke verhoudingen en het functioneren van individuen in de samenleving te verbeteren. Met dat doel voerde de overheid een gericht beleid op tal van terreinen, zoals onderwijs, emancipatie, sociale achterstand en criminaliteit. In dit verband nam Schnabel ook afstand van pleidooien voor minder professionele en meer zelf- en mantelzorg.[3427] De laatste zou wel leiden tot meer bemoeienis van mensen met elkanders dagelijks leven, maar die garandeerde niet dat psychische problemen werden onderkend en behandeld. Bovendien konden zelf- en mantelzorg geen oplossing bieden voor ernstige gedragsstoornissen en maatschappelijke overlast. In de moderne samenleving was er geen werkelijk alternatief voor professionele, op wetenschappelijke leest geschoeide hulpverlening. Het verlies van zelfstandigheid en de afhankelijkheid, waarmee geestesziekte vaak gepaard ging, waren juist alleen dankzij professionele afstandelijkheid - formele regels, procedures en toetsing - te controleren en te beschermen tegen willekeur.

In grote lijnen weerspiegelde Schnabels analyse de sterke positie die de geestelijke gezondheidszorg vanaf de jaren zestig in de Nederlandse samenleving had verworven. Terwijl de welzijnszorg ten prooi viel aan ingrijpende bezuinigingen en inkrimping en er een einde kwam aan het ambitieuze overheidsbeleid op dit terrein, breidde de geestelijke gezondheidszorg en dan met name de ambulante sector - die verwantschap vertoonde met het welzijnswerk - zich in de jaren tachtig en negentig verder uit. Steeds meer mensen - vrouwen en jongeren vaker dan mannen en ouderen - wisten de weg naar de geestelijke gezondheidszorg te vinden. Tussen 1980 en 2000 was er sprake van tenminste een verdubbeling van het aantal aanmeldingen. Het aantal opnamen dan wel aanmeldingen in de gehele geestelijke gezondheidszorg per jaar steeg tussen 1980 en 1995 van ruim 17 tot bijna 31 promille van de Nederlandse bevolking. Het aantal opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen nam in die periode toe van ruim 3 tot meer dan 4 promille. Bij de semimurale voorzieningen (beschermende woonvormen, deeltijdbehandelingen en medische kleuterdagverblijven) meldde zich in 1980 ruim 1 en in 1995 bijna 3,5 promille van de bevolking aan. De hoeveelheid aanmeldingen bij de ambulante instellingen liep op van bijna 14 tot krap 26 promille.[3428] In de jaren 1986-1996 nam het aantal hulpverleningscontacten in de RIAGG'en met zo'n 70 procent toe en verdubbelde de hoeveelheid consulten op de poliklinieken.[3429] De extramurale sector nam aan het eind van de eeuw 80 procent van alle aanmeldingen in de gehele geestelijke gezondheidszorg voor zijn rekening, terwijl de intra- en semimurale voorzieningen goed waren voor respectievelijk 15 à 16 procent en 4 à 5 procent van alle inschrijvingen.[3430] Het aandeel van de extramurale en semimurale hulpverlening in de totale capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg steeg tussen 1980 en medio jaren negentig van 12 respectievelijk 10

[3427] Schnabel 1984.
[3428] Hutschemaekers 2000, 317.
[3429] Kwekkeboom 1999, 30-31.
[3430] Vos en Hutschemaekers 1999, 175.

procent naar 19 procent voor elk van beide, terwijl dat van de intramurale zorg daalde van 78 naar 61 procent.[3431]

Ook de groei van het aantal hulpverleners alsmede de toenemende diversiteit van hun beroepsachtergrond, die zich al vanaf de jaren zestig voordeden, zetten zich in de jaren tachtig en negentig door. In de totale geestelijke gezondheidszorg[3432] waren medio jaren negentig naast zo'n 20.000 ondersteunende medewerkers ongeveer 28.000 hulpverleners werkzaam: meer dan 15.000 psychiatrisch verpleegkundigen, circa 6.000 agogische deskundigen (maatschappelijk werkers, sociaalpedagogische hulpverleners[3433] en activiteitenbegeleiders), bijna 2.800 gedragswetenschappers en psychotherapeuten (psychologen en pedagogen), tegen de 2.000 artsen (meer dan 1.300 psychiaters en ongeveer 600 algemene artsen), bijna 1.800 specialistische vaktherapeuten (voor psychomotorische, bewegings-, creatieve en ergotherapie), en krap 150 geestelijk verzorgers.[3434] De rond de dertig verschillende beroepsverenigingen waarin hulpverleners zich organiseerden, geven aan hoezeer de specialisatie, met name op het gebied van de psychotherapie, was voortgeschreden. Het aantal verschillende functies in de geestelijke gezondheidszorg was nog groter: alleen al in de psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG'en werden er meer dan honderd onderscheiden.[3435] Overigens bleef het personeelsbestand in de geestelijke gezondheidszorg enigszins achter bij de groei van de clientèle. Terwijl de laatste tussen 1980 en 2000 in omvang verdubbelde, nam het aantal hulpverleners met ongeveer 40 procent toe. Door middel van rationalisering zou de hulpverlening efficiënter moeten worden, waardoor minder zorgverleners meer hulpvragers konden bedienen.[3436]

Dat de geestelijke gezondheidszorg verder kon uitdijen, terwijl de welzijnszorg aan banden werd gelegd, hing deels samen met de uiteenlopende financieringswijzen. De geestelijke gezondheidszorg was voor haar financiering niet meer afhankelijk van wisselende overheidssubsidies en sociale bijstandsvoorzieningen. Op basis van de bekostiging door het ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeringen en vooral de AWBZ maakte ze nu een onbetwist onderdeel uit van de gezondheidszorg, waarvan de noodzakelijkheid niet ter discussie stond en waarop bezuinigingen minder goed waren te verdedigen dan kortingen op andere sectoren, zoals de sociale zekerheid, het

---

[3431] Ten Have et al. 1996, 126. De capaciteit is berekend op basis van het aantal intramurale bedden, het aantal semimurale behandelplaatsen en het aantal arbeidsplaatsen in het ambulante werkveld.

[3432] Dat wil zeggen: algemeen psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, psychiatrische poliklinieken, categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en TBS-gestelden, beschermende woonvormen, medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven, RIAGG'en, CAD's en particuliere praktijken. Zie Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

[3433] Dit beroep op het grensvlak van gezondheids- en welzijnszorg bestond sinds 1994. Sociaal-pedagogische hulpverleners waren in de geestelijke gezondheidszorg in diverse functies werkzaam (sociotherapeut, activiteitenbegeleider, pedagogisch medewerker, speltherapeut, woonbegeleider, inrichtingswerker, groepsleider) en richtten zich op langdurige zorg en begeleiding en de sturing van groepsprocessen. Van Tol, Boonekamp en Winkelaar 1999.

[3434] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998; Vos en Hutschemaekers 1999, 180; Schene en Faber 2001, 77. Vergelijk Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 157; Hutschemaekers 1999, 355-356; Tonnaer 2001, 7-8; Lucieer 2005, 282. Volgens Tonnaer (2001, 7-8) was 66 procent van het personeel vrouw.

[3435] Hutschemaekers 1999, 355-356.

[3436] Schene en Faber 2001, 79.

maatschappelijk werk en het onderwijs. Het was voor de regering ook gemakkelijker om op de welzijnszorg te bezuinigen, omdat deze rechtstreeks afhankelijk was van overheidsgeld. De gezondheidszorg daarentegen werd grotendeels bekostigd met verzekeringspremiebetalingen door burgers, waaraan rechten waren verbonden en waarop de regering geen directe greep had. Bezuinigingen op de kosten van de gezondheidszorg leidden niet alleen tot wachtlijsten, maar ook tot juridische procedures van patiënten die zich benadeeld voelden. Rechterlijke uitspraken bevestigden dat zij wettelijk aanspraak kunnen maken op zorg.[3437]

De reële kosten van de algemene psychiatrische ziekenhuizen stegen tussen 1980 en 1996 van bijna 340 tot 460 miljoen gulden. De uitgaven voor de semimurale voorzieningen, dat wil zeggen beschermende woonvormen en deeltijdbehandelplaatsen, stegen veel sterker: respectievelijk van 60 tot ruim 260 miljoen gulden en van 50 tot bijna 200 miljoen gulden. Per hoofd van de bevolking verdubbelden de uitgaven voor de ambulante hulpverlening in die periode.[3438] Nadat vanaf de jaren zestig al grote delen van de geestelijke gezondheidszorg onder de AWBZ waren gebracht, kwamen in 1989 vormen van behandeling en zorg die eerder voor rekening kwamen van het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekeringen, ook onder deze collectieve volksverzekering te vallen. Het betrof de hulp van zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, de poliklinische zorg, de psychiatrische deeltijdbehandeling, de eerste twaalf maanden verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis en de opname en het verblijf op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.[3439] Eind jaren negentig werden de uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg voor meer dan 90 procent door de AWBZ gedekt. Patiënten en cliënten droegen zelf voor ongeveer vijf procent aan de kosten bij.[3440] Instellingen die zich aan de rand van de geestelijke gezondheidszorg bevonden, zoals de verslavingszorg, de jeugdhulpverlening, de bureaus vertrouwensarts inzake kindermishandeling, de telefonische hulpdiensten en de stichtingen voor therapeutische gezinsverpleging bleven aangewezen op subsidies van de rijksoverheid, de provinciale en gemeentelijke overheden en ook op ondersteuning door stichtingen en fondsen.[3441]

Behalve door de gegarandeerde financiering werd de verdere groei van met name de ambulante hulpverlening en de tussenvoorzieningen als beschermd wonen in de hand gewerkt door het streven naar 'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg, dat wil zeggen het streven naar sociale rehabilitatie en integratie van psychiatrische patiënten, en 'substitutie' van bedden door stoelen - de rode draad in het overheidsbeleid op dit terrein vanaf het midden van de jaren tachtig. Verder wist de

---

[3437] Festen et al. 1997, 21; De Haan en Duyvendak 2002, 182-187, 343-344, 350-353; Banning 2005.

[3438] Bakker en Van der Velden 2004a, 69-71. Tegen het eind van de eeuw ging van het totale budget voor gezondheidszorg negen à tien procent, tussen vijf en zes miljard gulden, naar de geestelijke gezondheidszorg. Zie Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 5; Van der Grinten 1995, 707.

[3439] Vos 1989; Vos en Hutschemaekers 1999, 182. Terwijl de AWBZ eind jaren zestig tot stand kwam om de zorg beter bereikbaar te maken en de kwaliteit ervan te verhogen, stond nu de beheersing van de kosten en het aanbod voorop. De uitbreiding was bedoeld als eerste stap op weg naar een basisverzekering en tevens om de onderlinge afstemming van intra- en extramurale zorg en de substitutie van de laatste door de eerste te vergemakkelijken.

[3440] Borst-Eilers 1997a, 33; Schene en Faber 2001, 77.

[3441] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 470-474.

geestelijke gezondheidszorg zich beter dan de welzijnszorg aan het veranderde maatschappelijke klimaat aan te passen. Het ambitieuze en ideologisch bevlogen streven naar psychosociaal welzijn in de gehele samenleving maakte plaats voor een meer pragmatische, zakelijke en reformistische benadering van sociale vraagstukken. Het ging in de jaren tachtig en negentig om meer beperkte en praktische doelstellingen: de vermaatschappelijking van de zorg voor geesteszieken en het behandelen van psychisch leed door middel van professioneel hoogwaardige hulpverlening, waarvan de resultaten dienden te worden verantwoord en de kosten beheersbaar moesten blijven. Professionaliteit, doelmatigheid, rationalisering, verwetenschappelijking, zakelijkheid en marktdenken verdrongen de hooggestemde, door de beweging van de jaren zestig ingegeven idealen.[3442] Over deze mede door het overheidsbeleid in de hand gewerkte ontwikkelingen gaan de volgende drie paragrafen.

5.2.2. *Extramuralisering en vermaatschappelijking*

De *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, die staatssecretaris van Volksgezondheid J.P. van der Reijden in 1984 presenteerde, legde de grondslag voor het overheidsbeleid in de daarop volgende decennia. Zoals we in deel 4 hebben gezien, vormden extramuralisering en substitutie de speerpunten van deze nota. Centraal stond het streven naar terugdringing van het aantal opnamen en de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Een deel van hun zorgcapaciteit moest geleidelijk verschuiven naar semimurale voorzieningen, zoals beschermende woonvormen en deeltijdbehandelplaatsen, en naar de sociaalpsychiatrische hulpverlening, waarbij een belangrijke taak voor de RIAGG was weggelegd. Zo stelde de regering zich ten doel om het aantal plaatsen in beschermende woonvormen in de tweede helft van de jaren tachtig te verhogen van ongeveer 3.000 tot 5.000 en daarbij ook in dagactiviteitencentra ten behoeve van de resocialisatie van vooral chronische geesteszieken te voorzien. De 2.000 nieuwe plaatsen zouden 'budgetneutraal' te verwezenlijken zijn door de psychiatrische ziekenhuizen evenveel bedden te laten inleveren.[3443] Van der Reijden benadrukte dat het niet de bedoeling was om psychiatrische ziekenhuizen af te schaffen; deze bleven nodig voor de opvang van kwetsbare patiënten. Wel achtte hij het gewenst dat ziekenhuizen hun zorg kleinschalig en gedeconcentreerd organiseerden en zoveel mogelijk zelfstandige huisvesting aan patiënten boden, bijvoorbeeld in de vorm van sociowoningen. Aan de regionale samenwerking en afstemming tussen verschillende instellingen van de geestelijke gezondheidszorg - voorwaarde voor het welslagen van de extramuralisering - schoot het nog tekort, zo stelde Van der Reijden vast. De vanaf begin jaren tachtig ontstane Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) hadden in dit opzicht een belangrijke taak te vervullen. Enigszins terloops introduceerde hij verder een nieuwe voorziening voor geestelijke gezondheidszorg: de zogenaamde Multifunctionele Eenheid, een kleinschalige voorziening met zowel bedden en deeltijdbehandelplaatsen als sociaalpsychiatrische hulpverleningscapaciteit. Deze instelling zou door middel van samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en tot stand moeten komen.

[3442] Hoekstra 1987; Van der Grinten 1987a, 284; Brinkman 1989; Osselaer-Schouterden 1989; Ravelli en Schrevel 1993; Baars en Kal 1995; Schnabel 1998a, 38; Ingleby 1998, 309.
[3443] Van der Reijden 1984, 75-76.

Van de realisering van de plannen in de *Nieuwe Nota* kwam in de tweede helft van de jaren tachtig niet veel terecht. Wel werkte de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de voornemens nader uit in enkele adviesrapporten over respectievelijk de Multifunctionele Eenheden, de beschermende woonvormen, de samenwerking tussen intramurale en extramurale instellingen, de voorzieningen voor dagopvang en -besteding en een organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op basis van zorgfuncties in plaats van zorginstellingen.[3444] In deel 4 hebben wij al aangegeven dat met name de substitutie van ziekenhuisbedden door plaatsen in beschermende woonvormen achterbleef bij de verwachtingen. Tussen 1986 en 1990 kwamen er nog geen 500 erkende plaatsen in RIBW'en bij.[3445] Ook het aantal deeltijdbehandelplaatsen, dat in die periode steeg van ruim 2.200 naar rond 2.700, groeide niet in die mate als gepland.[3446] In hun *Tussentijdse Evaluatie Substitutiebeleid APZ/BW 1984-1988* (1988) stelden het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid vast dat de realisering van beschermende woonvormen achterbleef bij de plannen en in zijn *Voortgangsnotitie* (1989) kon Staatssecretaris D. Dees voor Volksgezondheid dat alleen maar beamen: er zou meer tijd nodig zijn om de plannen van zijn voorganger Van der Reijden te verwerkelijken. De belangrijkste oorzaak van de vertraging was dat psychiatrische ziekenhuizen, die zich geconfronteerd zagen met een groeiende opnamedruk, niet erg genegen waren om bedden af te staan aan RIBW'en of om deze om te zetten in deeltijdbehandelplaatsen. Dit zou namelijk ten koste gaan van hun capaciteit, die in tal van ziekenhuizen toch al onder druk stond vanwege het regionaliserings- en deconcentratiebeleid. Aangezien een bed meer geld opleverde dan een 'stoel' in een dag- of polikliniek was het in financieel opzicht nadelig voor psychiatrische ziekenhuizen om aan het substitutiebeleid mee te werken.

Ook het streven naar onderlinge afstemming van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg door middel van bestuurlijke samenwerking in Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg leverde weinig tastbare resultaten op. Deze organisaties bleven overwegend tot niets verplichtende vergadercolleges die weinig invloed hadden op de praktijk van de hulpverlening. Vanaf 1987, toen de subsidieregeling voor de RIGGen afliep en zij door de deelnemende instellingen zelf moesten worden gefinancierd, raakten ze in de versukkeling.[3447] De veronderstelling die aan de RIGG ten grondslag lag, namelijk dat samenwerking van bovenaf was te bewerkstelligen, bleek niet uit te komen. Daadwerkelijke samenwerkingsverbanden zouden vanaf omstreeks 1990 wel op andere manieren, van onderop, tot stand komen, zoals we verderop zullen zien.

[3444] Achtereenvolgens verschenen: *Advies Multifunctionele Eenheden* (1985), *Advies plaatsing patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen in beschermende woonvormen* (1986), *Advies samenwerking extra- en intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* (1987), *Advies inzake dagbesteding en dagopvang in de Geestelijke Gezondheidszorg* (1987), *Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg* (1987), *Advies functies van de Geestelijke Gezondheidszorg* (1989). Zie Henkelman en De Ruiter 1991, 67-72; Bijker 1994, 40-42.

[3445] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71.

[3446] Verhoeff 1992, 140; Kwekkeboom 2001, 21. Vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 71.

[3447] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 48; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 78; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 15; Leene, Hermsen en Stelwagen 1995.

Meer in het algemeen werden de extramuralisering en samenwerking tussen intramurale en ambulante voorzieningen gehinderd door de wet- en regelgeving voor de (geestelijke) gezondheidszorg. Deze was geënt op aparte instellingen met hun eigen aanbod, eigen financieringswijze en eigen verantwoordingsverplichtingen. De AWBZ-financiering was gebonden aan gedetailleerde regels omtrent de omvang van de zorgcapaciteit van instellingen, het soort hulpverlening dat zij boden en de vergoedingen die zij daarvoor ontvingen. De bekostiging van psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen was gebaseerd op hun omvang uitgedrukt in de aantallen bedden waarvoor ze krachtens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen erkenning hadden gekregen. De financiering van deeltijdplaatsen vond plaats op basis van het aantal toegekende 'stoelen' en die van ambulante instellingen op grond van hun hoeveelheid verrichtingen.

Aangezien ziekenhuisbedden meer geld opleverden dan plaatsen in beschermende woonvormen en stoelen in dagbehandelklinieken, en stoelen op hun beurt meer dan verrichtingen, remde dit financieringsstelsel de extramuralisering en onderlinge samenwerking. Deze zouden vooral voor psychiatrische ziekenhuizen nadelig uitpakken. Bedden, stoelen en verrichtingen waren binnen dit systeem niet uitwisselbaar zonder ingrijpende financiële gevolgen. Dit stelsel stond de ontwikkeling van een flexibel, instellingsgrenzen overschrijdend hulpverleningsaanbod in de weg. Doordat de financiering was opgehangen aan bedden, stoelen en verrichtingen en niet zozeer aan de inhoud van de hulpverlening, kon het voorkomen dat patiënten die een soortgelijke behandeling kregen, maar in verschillende instellingen stonden ingeschreven, voor uiteenlopende vergoedingen in aanmerking kwamen. Verder was een probleem dat nieuwe hulpverleningsfaciliteiten als dagcentra, arbeidsrehabilitatievoorzieningen en sociaalpsychiatrische thuiszorg helemaal buiten de financieringssystematiek vielen.[3448]

Nauw verbonden met het financieringsstelsel leverde ook de wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg was georganiseerd hindernissen op. De hulpverlening was in handen van verschillende soorten instellingen, die elk hun eigen historische ontwikkeling hadden doorgemaakt. De verkaveling van het zorgveld was niet zozeer gebaseerd op de zorgbehoeften van patiënten en cliënten als wel op het gevarieerde hulpverleningsaanbod zoals dat vanaf de jaren twintig vorm had gekregen. Daarmee hadden de diverse instellingen zich deels ten opzichte van elkaar geprofileerd en mede daardoor was een kloof ontstaan tussen psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante sector. Vanaf het eind van de jaren tachtig werd van verschillende kanten gepleit voor een fundamentele verandering van het organisatieprincipe van de geestelijke gezondheidszorg. Dit zou niet van aparte instellingen, maar van hulpverleningsfuncties moeten uitgaan, zo stelde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in zijn *Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg* (1987) en *Advies functies van de Geestelijke Gezondheidszorg* (1989). In dat laatste rapport was sprake van een ordening van de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van hulpverleningsbehoeften en van werkzaamheden die met elkaar samenhangen en een gemeenschappelijk doel hebben. Op basis hiervan waren vijf functies te onderscheiden: preventie, curatieve behandeling,

---

[3448] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 4; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 36-37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 61; Stoelinga en Van Lieshout 1991, 916-917; Van Zuthem 1994; De Wilde 1995, 817; De Gruijter 1997, 593-599; Van der Grinten en Verburg 2001, 23; Vijselaar 2002, 333; Bakker en Van der Velden 2004a, 70-71.

ondersteunende begeleiding, verpleegzorg en bescherming. Ook de regeringsnota's *Nota 2000* (1986) en *Onder Anderen* (1993) en een advies van de Ziekenfondsraad (1990) wezen in deze richting.[3449]

De pleidooien voor een functionele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg hielden verband met het voornemen van de overheid om het ziektekostenverzekeringsstelsel op de schop te nemen. De door de regering ingestelde Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder leiding van voormalig Philips-topman W. Dekker bepleitte in haar rapport *Bereidheid tot verandering* (1987) een ingrijpende hervorming. Het Ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de AWBZ dienden plaats te maken voor een verplichte basisverzekering en aanvullende verzekeringen op vrijwillige basis. De overheidsregulering en het daarmee verbonden corporatistische overlegcircuit van adviesorganen en koepelorganisaties moesten worden teruggedrongen ten gunste van marktwerking. Het was volgens de commissie beter om de afstemming van vraag en aanbod over te laten aan verzekeraars, zorginstellingen en zorgconsumenten. In de nota's *Verandering verzekerd* (1988) en *Werken aan Zorgvernieuwing* (1990) nam de regering zich voor om de aanbevelingen van de commissie-Dekker stapsgewijs in te voeren. Simons, staatssecretaris van Volksgezondheid in het derde kabinet Lubbers, stelde een systeem voor waarin niet het institutionele hulpaanbod, maar het soort hulpverlening waaraan verzekerden behoefte hadden, bepalend was voor de vergoedingen waarop zij aanspraak konden maken. De geestelijke gezondheidszorg stond begin jaren negentig op de nominatie om als eerste onderdeel van de gezondheidszorg een dergelijke transformatie te ondergaan. In 1993 wees het kabinet Lubbers Simons' plan echter af en het eerste paarse kabinet, dat in 1994 aantrad, maakte voorlopig een eind aan de pogingen om een nieuw verzekeringssysteem voor de gezondheidszorg in te voeren. Het bleef voorlopig bij enkele aanpassingen zoals de uitvoering van de vrije ziekenfonds-keuze en van de nominale premie.

Het voorstel van de commissie-Dekker riep vooral bezwaren op vanwege de bepleite marktwerking en het idee dat patiënten zorgconsumenten waren. Deze zouden niet voor alle sectoren van de gezondheidszorg even goed uitpakken. De kritiek kwam tegemoet aan de sterke reserves die er in de geestelijke gezondheidszorg tegen het plan-Dekker bestonden. Het pleidooi voor marktwerking ging ervan uit dat patiënten over inzicht in de kwaliteit van meerdere zorgaanbieders beschikten en op basis daarvan een weloverwogen keuze konden maken. De veronderstelde keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van patiënten stond op gespannen voet met de beperkte zelfstandigheid en mondigheid van geesteszieken. Bovendien was er in de geestelijke gezondheidszorg weinig te kiezen omdat het overheidsbeleid, gericht op aanbodregulering door middel van samenwerking tussen instellingen op regionale basis, met zich meebracht dat het aantal zorgaanbieders per regio beperkt werd. Ook leefde de vrees dat zorgverzekeraars psychiatrische patiënten zouden proberen te weren: veel geestesziekten hadden immers een chronisch karakter en de langdurige zorg die zij behoefden bracht hoge kosten met zich mee. [3450]

[3449] Henkelman en De Ruiter 1991, 67-72; Stoelinga en Van Lieshout 1991; Simons 1993, 38; Bijker 1994, 40-42.

[3450] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 1; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 16-17; Geneeskundige Inspectie voor de

De minister voor Volksgezondheid E. Borst-Eilers maakte duidelijk dat zij de drie bestaande financieringscompartimenten van de gezondheidszorg wilde handhaven en daarbij uitging van zowel overheidsregulering als marktwerking. De AWBZ bleef bestemd voor langdurige en onverzekerbare zorg en daarbij reguleerde de overheid het aanbod. De ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeringen namen de curatieve zorg voor hun rekening en hierbij zou plaats moeten zijn voor gereguleerde concurrentie. De overige zorg, die door particuliere aanvullende verzekeringen werd gedekt, zou voor marktwerking in aanmerking komen. De geestelijke gezondheidszorg moest volgens Borst in zijn geheel in het AWBZ-compartiment blijven. Voorstellen om de financiering van curatieve en zorgfuncties in de psychiatrie van elkaar te scheiden door de eerste over te hevelen naar de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeringen wees zij af.[3451]

In plaats van een radicale herziening van het verzekeringsstelsel koos de regering voor aanpassingen ervan om op die manier toch veranderingen in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Het ging daarbij vooral om een omslag van de bestaande aanbod-gestuurde naar een vraaggerichte organisatie, waardoor de zorgverlening flexibeler werd en beter tegemoet kwam aan individuele behoeften, alsook om een vergroting van de individuele keuzevrijheid en de zeggenschap van verzekerden. Zo werd in 1996 het persoonsgebonden AWBZ-budget ingevoerd, waardoor patiënten niet meer uitsluitend waren aangewezen op een vastgestelde hoeveelheid hulp in natura, maar ook beschikking konden krijgen over een geldbedrag om naar eigen keuze aan zorg te besteden. Vooral patiënten die thuis zorg of verpleging nodig hadden kregen hierdoor meer keuzevrijheid. Vooralsnog ging het in de geestelijke gezondheidszorg maar om een klein aantal cliënten. In 2001 kregen 150 zelfstandig wonende geesteszieken de beschikking over tussen 4.000 en 5.000 euro om naar eigen keuze aan zorg te besteden.[3452]

Al met al bleef de stagnerende hervorming van het financieringsstelsel een hindernis voor de geestelijke gezondheidszorg om vernieuwingen door te voeren. Uit een inventarisatie onder zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg bleek eind jaren negentig dat de regelgeving, met name die op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de AWBZ, de samenwerking bemoeilijkte. Ook klaagden ze erover dat de diverse beleidsinstanties - het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Ziekenfondsraad, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen - hun regels niet altijd goed op elkaar afstemden. Hoewel psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, organisaties voor beschermende woonvormen en RIAGG'en met elkaar samenwerkten, golden er nog steeds verschillende declaratiesystemen. De onduidelijkheid over de verdeelsleutels die bij de samenwerking moesten worden gehanteerd, leidde tot veel bureaucratische en administratieve rompslomp. Om toch vernieuwingen te kunnen doorvoeren moesten instellingen hun toevlucht nemen tot omslachtige kunstgrepen, zoals dubbele of driedubbele boekhoudingen. Psychiatrische ziekenhuizen die beddencapaciteit wilden omzetten in andersoortige behandelplaatsen, omzeilden de regelgeving bijvoorbeeld met behulp van

---

Geestelijke Volksgezondheid 1992, 17; Van der Grinten 1995, 717; Vos en Hutschemaekers 1999, 188; College voor Zorgverzekeringen 2002.

[3451] Borst-Eilers 1998, 649.

[3452] De Haan en Duyvendak 2002, 237.

de boekhoudkundige creatie van 'luchtbedden'.[3453] Verder bracht het financieringssysteem, waardoor de geestelijke gezondheidszorg een integraal onderdeel van de gezondheidszorg was geworden, met zich mee dat de maatschappelijke hulp- en dienstverlening voor psychiatrische patiënten (huisvesting, dagbesteding, werkverschaffing en sociale ondersteuning en rehabilitatie) moeilijk structureel was te bekostigen en dat de middelen daarvoor ontoereikend waren.[3454]

De discussie over het zorgstelsel hield nauw verband met veranderende opvattingen over de sturende rol van de overheid. De *Nieuwe Nota* stond nog in het teken van het maakbaarheidsoptimisme van de jaren zeventig, maar in de tweede helft van de jaren tachtig taande het vertrouwen in de effectiviteit van overheidsplanning. De overheid zou een stap terug moeten doen en zich dienen te beperken tot een voorwaardenscheppende rol ten einde ruimte te maken voor initiatieven vanuit de maatschappij, eigen verantwoordelijkheid voor burgers en marktwerking.[3455] Deze teneur viel duidelijk te beluisteren in het plan-Dekker en ook de nota *Onder Anderen* (1993) van staatssecretaris Simons gaf er uiting aan door aan te geven dat de overheid minder als 'regelneef' en meer als 'regisseur en hoeder' moest optreden.[3456] De dereguleringsretoriek kon echter niet verhullen dat het regeringsbeleid verre van eenduidig was. Niet alleen was vrijwel de gehele geestelijke gezondheidszorg in 1989 onder de AWBZ gebracht, waarmee de overheid haar greep op deze sector alleen maar versterkte, ook bleef de regering vasthouden aan centrale regulering van de omvang, de spreiding en de inhoud van het hulpverleningsaanbod. Zo was in de *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) van minister Borst-Eilers sprake van gedetailleerde planningsnormen met betrekking tot de capaciteit van de klinische psychiatrie en de semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Ook ventileerde de minister uitgesproken ideeën over de wijze waarop hulpverleners hun werk zouden moeten uitvoeren. In dit opzicht waren eigen verantwoordelijkheid van het veld en marktwerking ver te zoeken.[3457]

Aan de andere kant beschikte de regering niet over het benodigde instrumentarium om veranderingen af te dwingen. Om haar beleid door te voeren bleef zij afhankelijk van de medewerking van de spelers in het veld, die in de talrijke adviesorganen en koepelorganisaties waren vertegenwoordigd.[3458] In de Nederlandse politieke cultuur dwong de regering haar sociale beleid in de regel niet met wetgeving af,

---

[3453] Rose en Steffens 1987, 66-67; De Wilde 1995, 808-809; De Gruijter 1997; De Lange en Hoeksma 1998; Ravelli en Schrijvers 1999, 497-500; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 8-9.
[3454] Rose en Steffens 1987, 66, 130-135.
[3455] Bijker 1994, 30, 33; Vos en Hutschemaekers 1999, 188.
[3456] Simons 1993, 21.
[3457] Van der Grinten 1995; Vos en Hutschemaekers 1999, 188; Wennink 1999; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 56.
[3458] Tot 1997 bestonden vijf landelijke adviesorganen op gebied van de gezondheidszorg. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseerde de regering over de structuur, uitvoering, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de uitvoering van wetgeving en andere zaken op terrein van volksgezondheid. Tot 1992 kende deze raad een aparte kamer voor de geestelijke gezondheidszorg. De Ziekenfondsraad hield zich vooral bezig met de financiering van de gezondheidszorg en hield toezicht op de zorgverzekeraars en de uitvoering van de collectieve verzekeringen en subsidieregelingen. De Gezondheidsraad richtte zich vooral op de inhoudelijke en wetenschappelijke aspecten van de gezondheidszorg. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hield zich bezig met de planning en bouw van ziekenhuizen. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg stelde de tarieven vast die zorgvoorzieningen in rekening mochten brengen. Hutschemaekers en Ten Have 1995.

maar kwam dit tot stand door uitgebreid overleg en compromisvorming met het maatschappelijk middenveld. Aan plannen ontbrak het niet, maar vanwege de verstrengeling van verschillende belangen bleef de invloed van blauwdrukken op de praktijk beperkt. De instellingen volgden de discussies op overheidsniveau nauwlettend, maar met een soort van berekenende passiviteit en net waakzaam genoeg om zich op hun manier aan te passen aan veranderende omstandigheden en beleidswijzigingen.[3459] Hoewel de organisatorische en met name de financiële perikelen voortwoekerden en de overheid geen eenduidig beleid voerde, kwam er op deze manier vanaf omstreeks 1990 toch schot in de vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die in de *Nieuwe Nota* was bepleit. In de jaren negentig deden zich vijf met elkaar samenhangende ontwikkelingen voor waardoor de organisatie van de zorg ingrijpend veranderde en de schotten tussen de intra-, semi- en extramurale sectoren begonnen te verdwijnen. De vernieuwingen waren het resultaat van een wisselwerking tussen enerzijds de beleidsmaatregelen, -plannen en -discussies op het centrale niveau van de rijksoverheid en de advies- en koepelorganisaties en anderzijds de initiatieven die van onderop, in de praktijk van de hulpverlening, gestalte kregen.[3460]

De eerste doorbreking van de impasse die in de tweede helft van de jaren tachtig heerste, was de eerder genoemde uitbreiding van de AWBZ-financiering in 1989. Met name de beschermende woonvormen kregen een impuls door de invoering van de AWBZ-verstrekking 'Hulp door of vanwege een RIBW', waarmee zij erkenning verwierven als aparte, derde sector van de geestelijke gezondheidszorg. Door deze ontkoppeling tussen de beschermende woonvormen en de psychiatrische ziekenhuizen was de uitbreiding van hun capaciteit niet meer direct afhankelijk van de afbouw van bedden. In het daarop volgende decennium groeide het aantal plaatsen van ruim 3.400 tot meer dan 6.000. Ten behoeve van de opzet van dagactiviteitencentra voor de bewoners van beschermende woonvormen introduceerde de Ziekenfondsraad in 1990 een subsidieregeling en kwamen er in de jaren daarop middelen ten behoeve van de zogenaamde zorgvernieuwing (waarover hieronder meer) beschikbaar.[3461]

Ten tweede betekende de discussie over de stelselwijziging - functie- en vraaggerichte in plaats van institutioneel en aanbod-gestuurde hulpverlening - een stimulans voor de verschillende zorginstellingen om zich daarop voor te bereiden door toenadering tot elkaar te zoeken en gezamenlijk kleinschalige samenwerkingsprojecten op te zetten. Weliswaar blies de regering een complete stelselwijziging uiteindelijk af, maar dat nam niet weg dat op het niveau van de hulpverleningspraktijk een begin werd gemaakt met de ontwikkeling van zorgprogramma's, -netwerken, -ketens en -circuits die de grenzen tussen intra-, semi- en extramurale voorzieningen overschreden. Het ging om samenhangende hulpverleningstrajecten voor groepen patiënten met een vergelijkbare

---

[3459] Van Lieshout en Stoelinga 1992, 619; Van Hezewijk 1999, 224; Schoemaker 2000, 13; Van der Grinten 2006.

[3460] De Wilde 1995; Kwekkeboom 2001, 14; Van der Grinten 2006.

[3461] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 20-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71-72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 85; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33. Vergelijk Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Simons 1993, 50; Van Zuthem 1994; Henkelman en Faber 1996; Kwekkeboom 2001, 21; Mens 2003, 255, 257; De Goei en Van der Hoorn 2006, 95-96.

problematiek of demografische kenmerken, waarmee de instellingen tegemoet trachtten te komen aan hun specifieke en wisselende zorgbehoeften.[3462] Een andere, hieraan verwante vernieuwing was de invoering van *casemanagement* voor met name chronische geesteszieken. Dit hield in dat verpleegkundigen patiënten op individuele basis onder hun hoede namen om hen bij hun gang door de hulpverlening te begeleiden en erop toe te zien dat diverse vormen van zorg, binnen en buiten het psychiatrisch ziekenhuis, goed op elkaar aansloten. Hierbij vormden het idee van *stepped care*, getrapte, van lichtere naar intensievere, maar naadloos op elkaar volgende hulpverlening, de leidraad.[3463] Al deze nieuwe organisatieprincipes, die grotendeels aan Amerikaanse voorbeelden waren ontleend, moesten de zogenoemde 'continuïteit van de zorg' alsook een betere onderlinge afstemming van het zorgaanbod op behoeften - 'zorg op maat' heette dat - bevorderen.[3464]

Ten derde kwamen vanaf omstreeks 1990 op basis van samenwerking van psychiatrische ziekenhuizen met RIAGG'en en later ook psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen de eerste Multifunctionele Eenheden van de grond. Deze kleinschalige voorzieningen moesten de continuïteit van de zorg verbeteren door vijf functies te verenigen: kortdurende opname, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling, sociaalpsychiatrische begeleiding en crisisinterventie.[3465] Medio jaren negentig waren er veertien operationeel en bestonden er concrete plannen voor nog eens achttien Multifunctionele Eenheden, voor het merendeel in de Randstad.[3466] In zijn nota *Onder Anderen* (1993) stelde staatssecretaris Simons dat er op de langere termijn ongeveer tachtig moesten komen, waardoor uiteindelijk een kwart van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen, 13 procent van die in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en 40 procent van de deeltijd-behandelplaatsen in de Multifunctionele Eenheden onderdak zouden krijgen.[3467] Minister Borst gaf zes jaar later in haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* een nieuwe wending aan de Multifunctionele Eenheid, die zich vanaf nu ook met de benaming Regionaal GGZ-Centrum tooide, door het belang van deelname van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen te benadrukken. Op termijn zouden alle psychiatrische afdelingen in de centra moeten opgaan. Om de aansluiting van de geestelijke gezondheidszorg bij de somatische geneeskunde verder te bevorderen dienden de nieuwe centra, bedoeld voor zowel curatieve psychiatrische behandeling als sociaalpsychiatrische zorg, zich zoveel mogelijk bij algemene ziekenhuizen te vestigen.[3468]

Nog belangrijker als katalysator van samenwerking en extramuralisering vormde de vierde vernieuwende factor, de zogenaamde zorgvernieuwing . De veertien projecten die onder deze noemer in 1990 met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van start gingen, waren bedoeld om buiten de reguliere financieringskaders om nieuwe vormen van zorg voor met name chronische geesteszieken te ontwikkelen. Voorwaarde was transmurale samenwerking en

---

[3462] Franx en Verburg 1999; vergelijk Borst-Eilers 1997a, 4; Kwekkeboom 1999, 62.
[3463] Hogenstijn 2004, 151.
[3464] Van der Grinten en Verburg 2001, 23.
[3465] Van Hezewijk 1999, 14.
[3466] Hutschemaekers en Ten Have 1995, 12.
[3467] Simons 1993, 13.
[3468] Over de Multifunctionele Eenheden en de Regionale GGZ-Centra zie verder 5.4.1. Het hulpverleningsaanbod.

afstemming van de hulpverlening op de behoeften van patiënten. Cliënten- en mantelorganisaties dienden betrokken te worden bij de zorgvernieuwing en zij kregen ook gelegenheid om projecten te initiëren. Vanuit het Ministerie werd gesteld dat de mate van betrokkenheid van cliënten en hun familie bepalend zou zijn voor succes van zorgvernieuwing.[3469] Naast de tijdelijke (driejarige) subsidieregeling van het Ministerie bood de Ziekenfondsraad vanaf 1991 de mogelijkheid tot substitutie: met geld dat eigenlijk voor bedden was bestemd, konden samenwerkende instellingen nieuwe vormen van zorg ontwikkelen die niet in de bestaande regelgeving pasten. Drie jaar later zette de regering het Zorgvernieuwingsfonds op waarmee psychiatrische ziekenhuizen een stok achter de deur kregen: zij moesten drie procent van hun budget inleveren en konden dit weer terugverdienen door in samenwerking met andere instellingen regionale zorgvernieuwingsprojecten op te zetten. Regio's waarin deze tot stand kwamen, kregen het predicaat zorgvernieuwingsregio en een financiële beloning. In 1998 werd het Zorgvernieuwingsfonds vervangen door de beleidsmaatregel Zorg op Maat van het College Tarieven Gezondheidszorg. Deze verplichtte de instellingen om vijf procent van hun AWBZ-budget te besteden aan zorgvernieuwing, een percentage dat in 1999 opliep tot acht en in 2000 tot tien.[3470] De zorginstellingen ervoeren dergelijke maatregelen nogal eens als een verkapte bezuiniging, maar tegelijkertijd droegen deze er wel toe bij dat er in de jaren negentig honderden projecten het daglicht zagen.[3471] Ook kwamen er overlegplatforms tot ontwikkeling waar instellingen kennis en ervaring over en met zorgvernieuwing uitwisselden. Dergelijke initiatieven vormden de opmaat tot de oprichting in 1995 van het Landelijk Overleg Zorgvernieuwing door de vier koepelorganisaties van de intra-, semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.[3472]

De vijfde ontwikkeling vormde het voorlopige sluitstuk van de toenemende transmurale samenwerking in zorgcircuits, Multifunctionele Eenheden, Regionale GGZ-Centra en zorgvernieuwingsprojecten: de fusies van verschillende zorginstellingen in regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. De eerste twee kwamen in 1993 tot stand. Tien jaar later waren de meeste psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG'en en instellingen voor beschermende woonvormen opgegaan in 33 gefuseerde organisaties.[3473] Minister Borst had eind jaren negentig in een Brief aan de Tweede Kamer (1997) en in haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) sterk aangedrongen op fusering om de extramuralisering te versnellen en te intensiveren. De koepelverenigingen van de ambulante (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), semimurale (Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen), intramurale (Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidzorg) en verslavingszorg (Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg) gingen in 1997 op in de Vereniging GGz Nederland.

[3469] De Roy 1996; Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 15.
[3470] Kwekkeboom 2001, 24; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 13; vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 72.
[3471] Over de inhoud van de zorgprojecten zie verder paragraaf 5.3.3. Zorg en behandeling.
[3472] De Wilde 1995, 810-816.
[3473] Ravelli 2005, 52-53.

Het overheidsbeleid was voor een groot deel ingegeven door het streven naar kostenbeheersing. Het belangrijkste doel van extramuralisering en transmurale samenwerking was het beperken van het aantal ziekenhuisopnamen. Alleen ernstig gestoorde mensen die zich niet in de maatschappij konden handhaven zonder zichzelf of anderen schade te berokkenen, zouden voor langdurige opname in aanmerking dienen te komen. Andere psychiatrische patiënten, ook chronische lijders, moesten zoveel mogelijk in de samenleving terugkeren of blijven om daar met behulp van semimurale en ambulante voorzieningen - beschut, beschermd en begeleid zelfstandig wonen, psychiatrische thuiszorg, deeltijdbehandelingen, mobiele behandelteams, dag-, crisis- en opvangcentra, psychiatrische poliklinieken en de RIAGG'en - de zorg te krijgen die ze nodig hadden. Zorg op maat impliceerde dat behandeling, verpleging, bescherming, begeleiding, dagbesteding, werken en wonen grotendeels van elkaar gescheiden plaatsvonden en dat de hulpverlening was toegesneden op de specifieke behoeften van patiënten. De veronderstelling was dat afgemeten semimurale en vooral ambulante hulpverlening goedkoper was dan de veelomvattende ziekenhuiszorg. Ook het streven naar een efficiënte en doelmatige uitvoering van de hulpverlening - naast extramuralisering en organisatorische integratie een constante in het overheidsbeleid - stond in dienst van kostenbeheersing.[3474]

Kostenbesparing vormde echter niet de enige leidraad voor de overheid. Haar beleid werd ook gedragen door argumenten waarin idealen van de kritische psychiatrie doorklonken: het tegengaan van het maatschappelijk isolement van psychiatrische patiënten, de bevordering van hun zelfstandigheid en maatschappelijke participatie en de eerbiediging van hun burgerrechten. In staatssecretaris Simons' nota *Onder Anderen* (1993), die voortbouwde op de *Nieuwe Nota,* stond de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg centraal. Het begrip vermaatschappelijking kwam ook al in vroegere beleidsdocumenten voor en had deels betrekking op een streven dat in de *Nieuwe Nota* was verwoord: extramuralisering gericht op maatschappelijke integratie van patiënten.[3475] Aanknopend bij het beleid van sociale vernieuwing dat het derde kabinet Lubbers voerde, voegde Simons daar drie elementen aan toe. Ten eerste zou vermaatschappelijking ook vorm moeten krijgen door structurele samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met andere instanties, zoals de somatische geneeskunde, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen, dak- en thuislozenzorg, politie en justitie, en gemeenten. Volgens Simons ontbrak het nog aan afstemming tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren. Niet alleen psychiatrische patiënten, maar ook hun hulpverleningsvoorzieningen dienden in de samenleving te integreren. Ten tweede verwees vermaatschappelijking naar sociale acceptatie en ondersteuning van geesteszieken. Het ging niet alleen om deelname van de patiënt aan de samenleving, maar eveneens om deelname van de samenleving aan de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de vorm van informele mantelzorg.[3476] Ten derde had vermaatschappelijking betrekking op geestelijke volksgezondheid en de openbare geestelijke gezondheidszorg: het streven naar collectieve preventie, onder andere door middel van een versterking van de weerbaarheid van burgers, en de zorg

[3474] De Gruijter 1997; Van Hezewijk 1999, 13; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001.
[3475] In de *Structuurnota Gezondheidszorg* kwam de term voor in de betekenis van de 'mate van openheid en democratie' van de zorg. Hendriks 1974, 21.
[3476] Stichting Antonia Wilhelmina Fonds 1987.

voor psychisch gestoorden die de hulpverlening meden en die soms voor overlast zorgden.[3477]

Toch lijkt het erop dat het streven naar maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten de drie andere betekenissen van vermaatschappelijking in de schaduw stelde. In de nota's *Gezond en wel* (1994) en *Zuinig met zorg* (1994) en het advies *Thuis in de GGZ* (1996) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg draaide vermaatschappelijking vooral om deze doelstelling. De daarin bepleite maatregelen - verdere deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen, het vervangen van bedden door extramurale zorg, de vorming van zorgcircuits, de zorgvernieuwing, de scheiding van wonen en behandeling, zelfstandige huisvesting en de bevordering van dagactiviteiten en de arbeidsparticipatie van psychiatrische patiënten - waren er op gericht om met name chronische geesteszieken een plaats in de samenleving te bieden.[3478] Ook de Taskforce Vermaatschappelijking die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport instelde nadat was gebleken dat de vermaatschappelijking in de praktijk achterbleef bij de verwachtingen, hanteerde deze betekenis. Vermaatschappelijking was het proces dat geesteszieken leidde naar een zelfstandige, geaccepteerde en volwaardige plaats in de maatschappij.[3479]

5.2.3. *De domeindiscussie*

Mede in verband met de almaar aanwassende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de oplopende kosten deed zich de vraag voor wie wel en niet in aanmerking zou moeten komen voor hulpverlening. De reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg was vanaf het begin van de jaren tachtig voortdurend onderwerp van discussie.[3480] Het begon met het onderscheid dat Staatssecretaris Van der Reijden aanbracht in de *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* (1983) en de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984) tussen enerzijds zogenaamde 'lichte' psychosociale klachten en levensmoeilijkheden van in wezen gezonde mensen en anderzijds 'zware' stoornissen van geesteszieken. Lichte moeilijkheden zouden zoveel mogelijk buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moeten worden behandeld door middel van zelfhulp, 'mantelzorg', het maatschappelijk werk of de eerstelijns gezondheidszorg (huisarts of eerstelijns psycholoog), zodat de geestelijke gezondheidszorg zich op de zwaardere problemen kon concentreren.[3481] Deze boodschap was vooral bedoeld voor de ambulante sector, die zich immers voor een groot deel had gericht op psychosociale problematiek en waarin psychotherapie in de jaren zeventig een vooraanstaande plaats had gekregen. Het accent diende nu te verschuiven naar de sociaalpsychiatrische hulpverlening ten einde de extramuralisering van de zorg voor met name chronische patiënten mogelijk te maken.

Dergelijke pleidooien waren in de loop van de jaren tachtig en negentig regelmatig te beluisteren, niet alleen van de kant van de overheid, maar ook onder psychiaters. De psychiater A.P.J. Höppener bijvoorbeeld stelde in 1996 voor de volledige

---

[3477] Simons 1993, 9-10, 22-29; vergelijk Kwekkeboom 2001, 10-18; Schoemaker 2000.
[3478] Van Hezewijk 1999, 142.
[3479] Michon et al. 2003, 15.
[3480] Hodiamont et al. 1986; Bijl 1993; Borst-Eilers 1997a, 17; Van Rooijen 1997; Wennink 1999, 540; Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid 1990; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002.
[3481] Van der Reijden 1984, 44, 49-53, 64-67.

AWBZ-financiering te beperken tot wat hij als de kerngroep van de psychiatrie beschouwde: ernstig gestoorde patiënten, chronische lijders, verslaafden en verstandelijk gehandicapten. Voor mensen met lichtere psychische aandoeningen als persoonlijkheidsstoornissen, neurosen, stress, en levensproblemen bepleitte hij de invoering van een eigen risico. Een grotere verantwoordelijkheid en vaardigheid van burgers om met hun beperkingen en levensvragen om te gaan en een overheveling van een deel van de hulpverlening naar andere instanties zouden de toenemende druk op de geestelijke gezondheidszorg kunnen verlichten.[3482]

Höppener kreeg rond de millenniumwisseling bijval van andere psychiaters alsook van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, die adviezen uitbrachten aan minister Borst-Eilers over de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg. Deze moest zich beperken tot diagnose, behandeling, verpleging en revalidatie van geesteszieken en psychisch gestoorden, zo stelde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in zijn adviesrapport *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw* (1998). Welzijns- en levensproblematiek hoorde niet thuis in deze tak van gezondheidszorg, die op dezelfde manier als de somatische geneeskunde diende te functioneren, dat wil zeggen op basis van echelonnering en de principes van *evidence-based medicine*. De Raad pleitte voor een vergroting van de rol van de huisarts, de eerstelijns gezondheidspsycholoog en de maatschappelijk werker bij de behandeling van psychische problemen en een versterking van hun rol als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Net als de specialistische somatische gezondheidszorg zou deze alleen met een verwijzing door de huisarts toegankelijk mogen zijn. Verder stelde de Raad voor om preventie en zorgfuncties als huisvesting, dagbesteding, sociale opvang en welzijn uit de geestelijke gezondheidszorg te verwijderen en over te laten aan gemeenten en instanties als woningbouwverenigingen. Het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeringen zouden het medische deel van de geestelijke gezondheidszorg moeten financieren en de AWBZ kon dan worden beperkt tot langdurige verpleging, beschermd wonen en diverse vormen van sociale begeleiding en ondersteuning.[3483]

Ook de Landelijke Commissie, die in 2002 haar rapport *Zorg van velen* uitbracht, achtte het gewenst dat een groot deel van de zorg voor mensen met psychische problemen buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg plaatsvond door middel van buurtopvang, mantel- en thuiszorg met behulp van vrijwilligers alsook professionele hulpverlening in het eerste echelon door huisarts, eerstelijns psycholoog, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en maatschappelijk werker. Zoveel mogelijk zouden hulp- en steunverlening bij psychosociale moeilijkheden moeten plaatsvinden in de leefwereld waarin ze waren ontstaan - in dit verband sprak de commissie van de noodzaak om 'contextuele' zorg en de '*empowerment*' van burgers te bevorderen - zodat de specialistische geestelijke gezondheidszorg zich kon richten op curatieve behandeling, revalidatie en langdurige verpleging van mensen met zwaardere stoornissen en patiënten die zich niet zelfstandig in de samenleving konden handhaven.[3484]

Er waren echter ook andere geluiden te horen. Tegenover het pleidooi van beleidsvormers en sommige psychiaters voor (financiële) drempels om de nog steeds

---

[3482] Höppener 1996.
[3483] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998; vergelijk Bakker 2003, 35, 184-185.
[3484] Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 124.

toenemende vraag naar psychiatrische en psychosociale hulpverlening aan banden te leggen, betoogden anderen, daarin gesteund door een commissie van de Gezondheidsraad, dat deze in vergelijking met de somatische gezondheidszorg nog altijd niet ruim bedeeld was en dat een verdere uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg alleszins was te rechtvaardigen.[3485] Zo verscheen in 1998 tijdens de kabinetsformatie een manifest van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid waarmee het stelling nam tegen een beperking van het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg. Evenals diverse lichamelijke ongemakken zouden ook alle vormen van psychisch leed in aanmerking moeten komen voor goede professionele hulp. Bovendien bepleitte het Nationaal Fonds een actiever regeringsbeleid ter verbetering van de geestelijke volksgezondheid en de aanstelling van een staatssecretaris voor dit terrein.[3486]

Al eerder, in 1995, had A. Schene in zijn oratie als bijzonder hoogleraar voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam kanttekeningen geplaatst bij de redenering dat de voorzieningen overstelpt raakten met cliënten, die alleen 'lichte' klachten hadden en die er derhalve oneigenlijk gebruik van zouden maken. Weliswaar waren patiënten met ernstige schizofrene, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen - hij schatte het aantal op zo'n 100.000 mensen - door de eenzijdige nadruk op persoonlijke groei en psychotherapie in de jaren zeventig tekort gekomen en hadden zij recht op betere zorg, maar het zou volgens Schene kortzichtig zijn om daaruit de conclusie te trekken dat minder ernstige psychische aandoeningen niet in de geestelijke gezondheidszorg thuishoorden. Behandeling daarvan door middel van korte therapieën was uitermate zinvol, omdat daarmee werd voorkomen dat ze verergerden. Bovendien waren de toenemende aandacht van mensen voor hun psychische gesteldheid en een laagdrempelige toegang tot psychiatrische hulpverlening, zo stelde Schene, positief te waarderen als een teken van voortgaande beschaving en emancipatie.[3487]

Soortgelijke argumenten brachten Schnabel en de voormalige directeur van het Amsterdamse Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie, A. van Dantzig, naar voren. Schnabel wees erop dat veel psychische problemen schadelijk zijn voor zowel het individu als de maatschappij en dat de geestelijke gezondheidszorg nog altijd achterliep op de somatische gezondheidszorg: te veel psychische stoornissen bleven nog onbehandeld en naar verhouding was er minder geld voor beschikbaar.[3488] Hij signaleerde onder psychiaters een neiging om zich overwegend op objectief vaststelbare ziekte te richten en het subjectieve lijden van de geestelijke gezondheidszorg uit te sluiten. Het argument dat een dergelijke inperking om financiële redenen noodzakelijk was, miste volgens hem elke grond: vergeleken met de dure zorg voor een relatief kleine groep psychiatrische patiënten, viel het met de kosten van de hulpverlening aan mensen met lichtere psychische moeilijkheden wel mee. Evenals Schene achtte Schnabel de groeiende vraag naar en het toenemende aanbod van geestelijke gezondheidszorg en diverse vormen van psychologische advisering en ondersteuning min of meer onvermijdelijk en legitiem. Deze waren onverbrekelijk verbonden met het moderne levenspatroon waarin het persoonlijke bestaan geen lot meer was en niet aan het toeval werd overgelaten, maar

---

[3485] Pols 1988b.
[3486] Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998.
[3487] Schene 1995, 11.
[3488] Schnabel 1998c, 14; vergelijk De Bont 1988.

mensen zich voor de opgave zagen gesteld het zelf vorm te geven en te optimaliseren. Het openbare en het privéleven stelden in toenemende mate hoge eisen aan hun psychische en relationele vermogens en vanuit dit perspectief waren psychotherapie en aanverwante psychologische behandelingen een waardevolle maatschappelijke verworvenheid.[3489]

> De geestelijke gezondheidszorg is een groot maatschappelijk goed, bedoeld om mensen in geval van psychische stoornissen te helpen hun toestand en hun functioneren weer zodanig te verbeteren, dat zij zelf verder kunnen in de zekerheid weer zoveel controle over hun eigen leven te hebben, dat zij in vrijheid keuzen voor de toekomst kunnen maken.[3490]

Van Dantzig hamerde er in de jaren negentig voortdurend op dat de aandacht voor psychisch leed en de professionele behandeling daarvan een toetssteen van humanitaire en democratische vooruitgang en sociale gerechtigheid vormden. De geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de psychotherapie, was in zijn ogen een waardevol product van secularisering en toenemend wetenschappelijk begrip en had de emancipatie van het individu mede mogelijk gemaakt. Zij zou even alomvattend moeten zijn als de somatische gezondheidszorg, zodat in principe iedereen de mogelijkheid kreeg om met behulp van psychotherapie de kwaliteit van het leven te verhogen en een optimum aan levensgeluk te bereiken. Ten einde te voorkomen dat psychische aandoeningen 'geprivatiseerd' raakten en hun sociale oorzaken uit het zicht verdwenen, had de geestelijke gezondheidszorg tot taak om maatschappelijke misstanden die schadelijk waren voor het individuele welzijn, openlijk aan de kaak te stellen.[3491]

De overheid was niet consequent als het ging om de toegankelijkheid en reikwijdte van de hulpverlening. Van concrete maatregelen om de toegang van mensen met psychosociale problemen tot de geestelijke gezondheidszorg te beperken was nagenoeg geen sprake. Simons constateerde in zijn nota *Onder Anderen* dat de eerder in de *Nieuwe Nota* geponeerde tegenstelling tussen lichte en zware problematiek in de praktijk niet hanteerbaar was gebleken en dat van een versterking van de rol van de huisarts in de behandeling van psychische moeilijkheden weinig terecht was gekomen. Ook maakte hij in verband met de groeiende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg gewag van een 'authentieke hulpvraag' die samenhing met een toename van zowel psychische als psychiatrische problematiek onder invloed van 'ongunstige' maatschappelijke omstandigheden. Zijn opsomming van risicogroepen - dak- en thuislozen, arbeidsongeschikten, verslaafden, gedetineerden, slachtoffers van geweldsmisdrijven, seksueel geweld en kindermishandeling, oorlogsgetroffenen, allochtonen, vluchtelingen en asielzoekers - suggereerde dat hij een breed werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg voorstond.[3492]

Zeer tegenstrijdige signalen gaf Minister Borst-Eilers af met betrekking tot de vraag wat tot het domein van de geestelijke gezondheidszorg moest behoren. In haar

---

[3489] Schnabel 1991a, 500-505; vergelijk Bijl 1993.
[3490] Schnabel 1998c, 28.
[3491] Van Dantzig 1991, 647; Van Dantzig 1995a; Van Dantzig 1995b; Van Dantzig 1995c, 118 ; vergelijk Van Dantzig 1997; Van Dantzig 2002; Schrameijer 1996; Schnabel 1998b.
[3492] Simons 1993, 3, 15, 17-18, 63, 67.

Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg (1999) en haar beleidsbrief aan de Tweede Kamer *Cure en care in de geestelijke gezondheidszorg* (2001) hanteerde zij opnieuw het onderscheid tussen lichte en zware problemen en stelde zij net als Van der Reijden en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg voor om de instroom in de geestelijke gezondheidszorg in te dammen door de huisarts als poortwachter te laten optreden en de eerstelijnsgezondheidszorg meer taken op dit terrein te geven. In navolging van het eerder genoemde advies van de Raad, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, pleitte ze er verder voor om de zorg- en dienstverlening voor psychiatrische patiënten op het gebied van huisvesting, arbeidsrehabilitatie en maatschappelijke integratie over te hevelen van de geestelijke gezondheidszorg naar algemene voorzieningen en gemeenten. Van een concrete uitwerking van deze voornemens was echter geen sprake. Zo kwam de vraag of huisartsen en het geringe aantal eerstelijnspsychologen in de praktijk wel in staat waren om een substantieel deel van de hulpverlening over te nemen, nauwelijks aan de orde.[3493] Bovendien nam Borst-Eilers tegelijkertijd expliciet stelling tegen voorstellen om de reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg te beperken. Het advies van de Raad om de geestelijke gezondheidszorg te laten aansluiten bij de algemene gezondheidszorg en de niet-medische, door de AWBZ gefinancierde hulpverlening, ervan af te splitsen, nam zij niet over. Niet alleen handhaafde Borst-Eilers de AWBZ-financiering voor de gehele geestelijke gezondheidszorg, ze gaf ook te kennen dat deze een brede taak had te vervullen. In een brief aan de Tweede Kamer schreef ze:

> Ik ben van mening dat GGZ beschikbaar dient te zijn voor alle mensen die als gevolg van psychische stoornissen belemmeringen ondervinden in hun maatschappelijk functioneren, en niet voor een selectie uit deze groep. […] In vergelijking met andere landen is in Nederland zowel de curatieve, als de chronische zorg voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit. Ik wil dat graag zo houden.
> In een samenleving waar zulke hoge eisen worden gesteld aan het psychisch functioneren van zijn burgers wordt het des te nijpender als deze zorg niet beschikbaar is. Dat is nu reeds zichtbaar bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid op psychische gronden.[3494]

De tweeslachtigheid van het overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kwam verder tot uiting in de opvattingen die bewindslieden ventileerden over de inhoudelijke oriëntatie van het vak psychiatrie.[3495] Enerzijds onderstreepten ze in het kader van de nagestreefde extramuralisering en vermaatschappelijking voortdurend het belang van de sociale psychiatrie. Daarin stond niet zozeer curatieve behandeling als wel maatschappelijke rehabilitatie van vooral chronische patiënten voorop. Uitgangspunt daarbij was het verstoorde sociale functioneren, waarvoor vervolgens psychische of biologische achtergronden en oorzaken werden gezocht. In dit perspectief, dat een wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale factoren veronderstelde, moest de zorg worden geënt op een totaalbeeld van

[3493] Wennink 1999; Kwekkeboom 2001, 15; College voor Zorgverzekeringen 2002, 27-28.
[3494] Borst-Eilers 1998, 646, 649.
[3495] Van der Reijden 1984, 8; Simons 1993, 27-28; Dröes 2001, 64-65; De Wilde 2001, 15; Van der Grinten 1995.

het individu en diens leefwereld. Deze 'inclusieve' en eclectische sociopsychobiologische benadering sloot aan bij de tendens in de geestelijke gezondheidszorg om zich op basis van een ruime taakopvatting en multidisciplinaire werkwijze behalve als gezondheidszorg ook als welzijnszorg te profileren. Begeleiding, ondersteuning, bescherming, verzorging en communicatie waren daarin evenzeer van belang als behandeling. Anderzijds juichten de bewindslieden de toenemende invloed van de biologische psychiatrie en haar oriëntatie op de natuurwetenschappelijk onderbouwde curatieve geneeskunde toe. In tegenstelling tot de inclusieve sociaal-psychiatrische benadering was de werkwijze van de somatische geneeskunde en de biologische psychiatrie veeleer op exclusiviteit gebaseerd: een diagnose komt tot stand door uitsluiting van alternatieven en toespitsing op de lichamelijke oorzaken.[3496] Deze twee visies op de gewenste ontwikkeling van de psychiatrie lieten zich moeilijk met elkaar verenigen. De eerste accentueerde de status aparte van een breed georiënteerde geestelijke gezondheidszorg, terwijl de tweede een inperking van het werkgebied van de psychiatrie tot curatieve geneeskunde en een samensmelting daarmee veronderstelde. Een duidelijke keuze voor de een of de ander maakte de overheid niet.

5.2.4. *Rationalisering en juridisering*

In 1986 tekende de psychiater M.H. Cohen Stuart in het blad *Medisch Contact* protest aan tegen wat hij als 'legalisme' betitelde. Daarmee bedoelde hij dat artsen in hun werk met steeds meer regelgeving van buitenaf te maken kregen. Deze gaf volgens hem blijk van wantrouwen ten aanzien van artsen, deed de 'pluriforme casuïstiek van het leven' geweld aan en hinderde hun primaire taakuitoefening. 'Het dwangmatige mechanisme van de bureaucratische recht- en regelgeving', zo schreef hij, 'is in geest en inhoud in strijd met de onmisbare creativiteit die in geneeskunde en psychiatrie aanwezig moet zijn.' Cohen Stuart was niet de enige hulpverlener die zich in zijn professionele autonomie en verantwoordelijkheid voelde aangetast.[3497] Op drie niveaus zagen werkers in de geestelijke gezondheidszorg zich in toenemende mate geconfronteerd met regels, wetten en druk van buitenaf om verantwoording over hun werk af te leggen. De eerste betrof het streven naar rationalisering en standaardisering van hun beroepsuitoefening, de tweede de verzakelijking van het bestuur en beheer van de instellingen waarin zij werkten en de derde de verhouding tot hun patiënten of cliënten.

In paragraaf 5.2.1 is er al op gewezen dat het groeiende aantal werkers in de geestelijke gezondheidszorg een breed palet aan beroepsgroepen en specialisaties vertoonde. Professionalisering en specialisering verliepen niet zonder problemen en tegenstrijdigheden. Hoewel de verschillende beroepsgroepen hun specialisatie en bijgevolg de verschillen met andere deskundigen accentueerden om hun bestaan te legitimeren, streefden ze tegelijkertijd vaak naar een verbreding van hun competentie, waardoor ze het domein van andere beroepsgroepen betraden en er feitelijk sprake was van een groeiende overlapping van hun werkzaamheden en een toenemende kans op grensgeschillen.[3498] De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van 1993 was bedoeld om het sterk toegenomen aantal gespecialiseerde beroepen op dit

[3496] Schnabel 1996; Schnabel 1998c.
[3497] Cohen Stuart 1986, 1210-1211; vergelijk Osselaer-Schouterden 1989; Noordanus 1997; Borst-Eilers 1997a.
[3498] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 48, 306.

terrein in kaart te brengen en de vrije beroepsuitoefening te garanderen. Door middel van titelbescherming kregen de gevestigde beroepsgroepen wettelijke erkenning. Door te voldoen aan bepaalde opleidingseisen en zich te onderwerpen aan een beroepstuchtrecht garandeerden zij patiënten en cliënten een deskundige behandeling. De wet bracht dus bepaalde verplichtingen met zich mee, maar loste het probleem van de inhoudelijke taakverdeling en grensafbakening niet op. Met uitzondering van bepaalde exclusieve medische bevoegdheden, die deels al in de uit 1865 stammende Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst waren vastgelegd, bevatte de Wet BIG geen omschrijving van aan bepaalde beroepsgroepen voorbehouden werkzaamheden en functies.[3499] In die zin bood de wet geen bescherming voor beroepsdomeinen en kwam er geen eind aan de onderlinge wedijver tussen beroepsgroepen. Onderlinge concurrentie droeg niet bepaald bij tot een versterking van hun positie ten aanzien van derden.[3500]

Tegelijkertijd werden beroepsgroepen steeds afhankelijker van andere partijen, zoals beleidsmakers, werkgevers, managers, zorgverzekeraars en cliënten.[3501] Als gevolg van de collectieve financiering en daarmee verbonden erkenningseisen, regelgeving, schaalvergroting, efficiencymaatregelen, controle, bureaucratisering en overheidsbemoeienis nam de autonomie van de beroepsgroepen af. Niet zij zelf, maar de overheid, adviesorganen en koepelorganisaties van verzekeraars en zorgaanbieders bepaalden in toenemende mate hoe ze dienden te werken en aan welke eisen ze moesten voldoen. De opleidingen en nascholingscursussen voor de verschillende beroepsgroepen werden meer en meer geformaliseerd en centraal gecoördineerd door een landelijk platform, het in 1989 door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ingestelde Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding, terwijl vijf Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg (RINO) voor de uitvoering zorgden.[3502] De rationalisering, verwetenschappelijking en standaardisering van de hulpverlening, zoals die tot uiting kwamen in de toenemende invloed van de *evidence-based medicine*, de diagnostische systemen DSM en ICD, behandelplannen, -programma's, -modulen, -protocollen en -contracten, epidemiologisch, evaluatie- en satisfactieonderzoek, kwaliteitsrichtlijnen, registratieverplichtingen, en kosten en batenanalyses, brachten met zich mee dat hulpverleners steeds meer verantwoording aan derden moesten afleggen. Het overheidsbeleid werkte deze koers sterk in de hand. De nota's van Van der Reijden, Simons en Borst-Eilers drongen aan op vraaggerichte, doelmatige en kosteneffectieve zorg die systematisch op kwaliteit werd getoetst.[3503] Vooral in de jaren negentig benadrukten zowel de overheid als de zorgverzekeraars het

---

[3499] Zo waren enkele medische taken voorbehouden aan de psychiater: diagnosestelling, het voorschrijven van medicijnen, het opstellen van een geneeskundige verklaring voor gedwongen opname, lichamelijk onderzoek en medische keuringen in verband met het verstrekken van sociale uitkeringen zoals de WAO. Hutschemaekers 1993a; Schwarz 1987; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 93.

[3500] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998; Hutschemaekers 1999; Van Londen en Vos 1999; Dijkhuis 1999.

[3501] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 70; Hutschemaekers 1999; Reijzer 1993, 314; Schnabel 1996, 153; Van der Laan 2002, 50.

[3502] In het Coördinerend Orgaan participeerden de beroepsgroepen, de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de financiers en de cliëntenorganisaties en verder waren het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, de Ziekenfondsraad en de opleidingsinstellingen erin vertegenwoordigd. Dijkhuis 1999.

[3503] Van der Reijden 1984, 86-89; Simons 1993, 32; College voor Zorgverzekeringen 2002, 27-28.

belang van rationalisering en standaardisering: aan de hand van de aan betekenis winnende *evidence-based medicine* en zorgprogramma's dienden hulpverleners meer en meer volgens wetenschappelijk onderbouwde, toetsbare en eenvormige indicatiestellingen en behandelmethoden te werken. Hun werk werd in toenemende mate onderworpen aan gerichte planning ten einde doelstellingen, middelen en resultaten op elkaar af te stemmen. [3504] Beroepsverenigingen als de NVP konden niet anders dan hieraan meewerken. Psychiaters die hun medisch handelen weigerden te baseren op *evidence-based* richtlijnen, waren onverantwoord bezig, zo stelde de psychiater J. Swinkels, voorzitter van de Commissie Kwaliteitszorg van de NVP, in 1999.[3505]

Vooral in de jaren negentig ging er met de opmars van managers in leidinggevende functies een nieuwe wind waaien in instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. 'Het moest mijns inziens zakelijker, objectiever, onder meer door zaken getalsmatig vast te leggen', zo formuleerde een RIAGG-directeur zijn streven naar meer efficiëntie. 'Cijfermatig werken was eind jaren tachtig nog een taboe […] We zijn een urenbedrijf geworden, vergelijkbaar met de advocatuur. Daarvoor moesten we vaststellen hoeveel tijd de hulpverlener besteedde aan hulpverlening, bijscholing en andere zaken.' Sommige managers zagen de RIAGG als een bedrijf. 'Het Riagg is […] veel te weinig commercieel gericht. […] Wanneer je het puur vanuit marketingprincipe bekijkt, kun je de vraag naar de Riaggs enorm stimuleren. […] non-profit-medewerkers […] kennen doorgaans de werking van de markt niet'. Hulpverleners dienden duidelijk te maken wat wel en niet van hen te verwachten was en welk 'product' het RIAGG aanbood.[3506]

De verzakelijking werkte door in de verhouding tot de cliënten: ze werden steeds meer benaderd als mondige klanten met eigen opvattingen over wat eraan schortte en wat goed voor hen was.[3507] 'Vroeger wisten wij het altijd beter. Nu is er meer overleg. We nemen mensen serieuzer, met als gevolg dat ze zich ook verantwoordelijker voelen voor hun behandeling', aldus een maatschappelijk werker die in de jaren negentig op een RIAGG werkzaam was. 'Sinds 1995 leggen we alles vast. De cliënten vinden dit zeer prettig. Ze weten meteen waar ze aan toe zijn en wat er gaat gebeuren. Ze hebben tenslotte mee onderhandeld over hun behandeling.'[3508] Zoals al eerder de verhoudingen in de maatschappij waren gedemocratiseerd, werd gedurende de laatste decennia van de twintigste eeuw ook in de geestelijke gezondheidszorg de machtsongelijkheid verder teruggedrongen en de medezeggenschap van patiënten en cliënten vergroot. De nadruk op marktwerking en op de eigen verantwoordelijkheid van mensen ging gepaard met een juridisering en formalisering van de relatie tussen hulpverlener en patiënten of cliënten. Hun rechten en plichten werden vastgelegd in wetten, regels en procedures. Over alles wat behandelaars zonder instemming van de betrokkenen deden, dienden zij verantwoording af te leggen aan derden.[3509]

De al in de jaren zeventig door de kritische beweging bepleite verbetering van de rechtspositie van de patiënt werd in het midden van de jaren negentig door wetgeving bezegeld. Leidraad daarvoor vormden de beginselen van individuele autonomie,

---

[3504] Van der Grinten en Verburg 2001, 26-27.
[3505] De Wit 1999, 20.
[3506] Willemsen 2001, 329, 339-340.
[3507] Mol en Van Lieshout 1989, 238; Kwekkeboom 1999, 90.
[3508] Willemsen 2001, 365, 370.
[3509] Legemaate 1996b.

zelfbeschikking en medezeggenschap. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die in 1994 na 23 jaar voorbereiding en discussie de Krankzinnigenwet van 1884 verving, bond gedwongen opnamen tegen de wil van patiënten aan een strikt criterium, namelijk dat van gevaar voor henzelf en/of anderen. Dwangopname gold als uiterste middel en eenmaal opgenomen behielden patiënten bepaalde grondrechten. De wet maakte in principe een einde aan de mogelijkheid om mensen louter omwille van hun eigen bestwil onder dwang op te nemen en te behandelen.[3510] In de daarop volgende jaren versterkte een viertal nieuwe wetten de rechtspositie en de inspraak van patiënten en cliënten. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (1995) schreef voor dat behandeling in beginsel op basis van vrijwilligheid en instemming (*informed consent*) moest plaatsvinden. Verder kregen patiënten recht op een behandel- en zorgplan en inzage in hun dossier. Voor dossiers gold in principe een bewaartermijn van tien jaar, maar als de patiënt dat wenste diende het eerder vernietigd te worden. De Wet op het Mentorschap (1995) regelde de vertegenwoordiging en de behartiging van de persoonlijke belangen van de patiënt als deze zelf daartoe niet in staat was. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (1995) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (1996) boden patiënten en cliënten de mogelijkheid om hun stem te laten horen, uiting te geven aan hun ontevredenheid als de zorg in hun ogen te kort schoot en mee te praten over de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg.

Een belangrijk gevolg van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de BOPZ was dat de toepassing van dwang, zowel voor als na opname, aan stringente regels werd onderworpen. De teneur was dat dwang alleen als laatste redmiddel toelaatbaar was. Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst kon behandeling zonder instemming van de patiënt onder voorwaarden plaatsvinden als deze wilsonbekwaam was. In dat geval was vervangende toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt nodig. Als een wilsonbekwame patiënt zich tegen behandeling verzette, mocht alleen tot ingrijpende dwangbehandeling worden overgegaan om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Voor niet-ingrijpende behandeling (medicatie bijvoorbeeld) gold dit niet.[3511] Terwijl onder het regime van de Krankzinnigenwet de toepassing van dwangmiddelen en -behandeling in het verlengde lag van dwangopname, die per definitie handelingsonbekwaamheid en opschorting van het recht op zelfbeschikking inhield, impliceerde een dwangopname volgens de BOPZ niet meer automatisch dat gedwongen behandeling mogelijk was.[3512] De BOPZ schrijft voor dat wat betreft de bewegingsvrijheid en de toepassing van dwang per individu een afweging moet worden gemaakt. Dwangtoepassing (afzondering, separatie, fixatie, dwangmedicatie, toediening van voeding of vocht) is alleen toegestaan als dit plaatsvindt in het kader van een vastgelegd behandelplan waarmee de patiënt heeft ingestemd of als er sprake is van ernstig gevaar voor de patiënt of anderen. Dwangmaatregelen mogen in beginsel alleen dienen als tijdelijke - niet langer dan zeven dagen - overbrugging van een

[3510] Lucieer 2005, 169. Over de praktijk zie 5.3.1. De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen; 5.3.3. Zorg en behandeling.
[3511] Kampen en Van Ewijk 1997.
[3512] Volgens Kampen en Van Ewijk (1997) werd in feite al voor de invoering van de BOPZ de koppeling tussen dwangopname en -behandeling losgelaten.

noodtoestand.[3513] Als een patiënt geen toestemming geeft voor behandeling of zich daartegen verzet, kan alleen tot dwang worden overgegaan indien daarmee een ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen wordt voorkomen.[3514]

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector verplichtten alle collectief gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van het maatschappelijk werk en de gezondheidszorg tot het instellen van een klachtencommissie en een cliëntenraad met de bevoegdheid om gevraagd en ongevraagd adviezen uit te brengen over de organisatie en uitvoering van de zorg. Naast de patiënten konden ook hun verwanten hun stem laten horen en wel in familieraden. Verder kregen patiënten en cliënten ook op landelijk en regionaal niveau inspraak. Het overheidsbeleid, zoals dat in de nota *Patiënten/Consumentenbeleid in de Zorgsector* (1992) werd uiteengezet, was erop gericht om hun belangenorganisaties naast de zorgaanbieders en - verzekeraars als 'derde partij' te laten meepraten over de inrichting van de gezondheidszorg.[3515] Als vertegenwoordigers van de zorgconsumenten werden patiënten- en cliëntenorganisaties uitgenodigd om samen met de zorginstellingen en verzekeraars zitting te nemen in landelijke en regionale advies- en planningscommissies. Zo kwamen er 27 Regionale Patiënten en Consumenten Platforms tot stand om met de verzekeraars en zorgaanbieders in overleg te treden over de ontwikkeling van de (geestelijke) gezondheidszorg.[3516]

Medio jaren negentig bestonden er op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg rond 300 landelijke en lokale al dan niet instellingsgebonden organisaties van patiënten, cliënten en hun familieleden.[3517] De meeste waren sinds 1993 aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. Behalve met belangenbehartiging, het streven naar verbetering van de hulpverlening en de beïnvloeding van het overheidsbeleid, hielden zij zich ook bezig met onderlinge hulp en steunverlening (door middel van telefonische hulpdiensten, praatgroepen, lotgenotengesprekken, zelfhulpgroepen en mantelzorg), voorlichting en informatie-uitwisseling en het bevorderen van sociale contacten. Vooral de op basis van een bepaalde psychische stoornis georganiseerde verenigingen werkten vaak met de professionele hulpverlening samen. De wat oudere organisaties, die in de jaren zeventig als onderdeel van de kritische beweging waren ontstaan, hadden hun koers verlegd van oppositie naar overleg met de overheid en de zorginstellingen.[3518]

Om de verdeeldheid en versnippering van de patiëntenorganisaties te overwinnen drong de overheid aan op nauwe samenwerking en een fusie van de drie belangrijkste landelijke organisaties: Pandora, de Cliëntenbond en de Landelijke Patiënten Raden. Daarvan kwam het niet.[3519] In de patiëntenbeweging bestonden uiteenlopende opvattingen en gemengde gevoelens over de betrokkenheid bij beleidsvorming. Met name kritische organisaties als de Cliëntenbond en Pandora waren nog steeds beducht voor wat zij als inkapseling zagen. Verder bestond er twijfel of patiëntenorganisaties over

---

[3513] Van de Klippe en Franchimont 1995.
[3514] Kampen en Van Ewijk 1997.
[3515] Dercksen en Van 't Hof 1996, 79.
[3516] Gibbels 1994, 981.
[3517] Gibbels 1994, 976; Dercksen en Van 't Hof 1996, 39-40.
[3518] Dercksen en Van 't Hof 1996, 48-64; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39-40; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 19.
[3519] Rijkschroeff 1988; Gibbels 1994; Dercksen en Van 't Hof 1996, 71-78; Langelaan 1998a; Langelaan 1998b.

voldoende deskundigheid, financiële middelen en continuïteit beschikten om op basis van gelijkheid met de zorginstellingen en verzekeraars te onderhandelen. Ook zagen de patiëntenorganisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zich geconfronteerd met de overmacht van organisaties op het terrein van de somatische gezondheidszorg. In regionale patiënten- en consumentenplatforms voerden organisaties op het terrein van de somatische gezondheidszorg de boventoon. Een groot deel van de patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg, met name de ongeveer 170 in de Landelijke Patiënten Raden verenigde patiënten- en cliëntenraden, hechtte meer belang aan medezeggenschap over de concrete zorgverlening op instellingsniveau dan aan inspraak over het meer abstracte overheidsbeleid. Mede door het grote verloop onder de actieve leden en de versnippering van de patiënten- en cliëntenorganisaties bleef hun invloed op de instellingen en op het beleid beperkt.[3520]

De in 1996 ingevoerde Kwaliteitswet Zorginstellingen verplichtte instellingen om criteria en normen te formuleren ten aanzien van de kwaliteit van de zorg die zij boden, de praktijk daaraan te toetsen en verantwoording af te leggen over de resultaten. Deze wet vereiste systematische aandacht voor verbetering en bewaking van kwaliteit met het oog op een doelmatige en patiëntgerichte zorg. De wet behelsde echter geen concrete voorschriften waaraan instellingen moesten voldoen en evenmin sanctiebepalingen als zij in gebreke bleven. De overheid vertrouwde op zelfregulering van het veld: in overleg met zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties moesten de zorgaanbieders zelf inhoud geven aan de kwaliteit van de zorg.[3521] Net als de verbetering van de rechtspositie van patiënten en cliënten was de aandacht voor kwaliteit deels voortgekomen uit het streven van de kritische beweging.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen schreef voor dat patiënten- en cliëntenorganisaties bijdroegen aan de opstelling van kwaliteitscriteria. Al eerder hadden deze met financiële steun van de overheid gelegenheid gekregen om op dit terrein expertise te ontwikkelen en projecten op te zetten.[3522] Het bleek dat zij andere accenten legden dan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Zorgaanbieders associeerden kwaliteit vooral met professionaliteit, deskundigheid en standaardisering en wetenschappelijke onderbouwing van de indicatiestelling, diagnostiek en behandeling alsook veiligheid als het om gesloten psychiatrische afdelingen ging. Patiënten en hun familieleden daarentegen dachten in de eerste plaats aan een aangenaam leefklimaat, een goede bejegening en communicatie, de waarborging van privacy, duidelijke informatieverstrekking over behandelmogelijkheden en een heldere regelgeving omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangtoepassing. Terwijl de beroepsorganisaties van werkers in de geestelijke gezondheidszorg en ook de overheid met de Wet BIG veel aandacht schonken aan de opleiding en deskundigheden van de verschillende beroepsgroepen, had dit voor patiënten en cliënten geen prioriteit. Die hechtten veel meer belang aan de persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners als openheid, toegankelijkheid en betrokkenheid. De invloed van patiëntenorganisaties droeg er sterk toe bij dat de kwaliteit van de zorg niet alleen werd afgemeten aan deskundigheid en doelmatigheid,

---

[3520] Van Borssum Waalkes 1991a, 80; Donker 1992, 182-187; Borst-Eilers 1997a, 5; Kwekkeboom 1999.
[3521] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 34, 83; Nijssen et al. 1997; Nijssen, Schene en De Haan 1999; Lucieer 2005, 111-112, 125.
[3522] Gibbels 1994, 980.

maar ook aan de mate waarin hulpverleners tegemoet kwamen aan de behoeften van patiënten en cliënten.[3523]

Er werd veel over de kwaliteit van de zorg gesproken en geschreven, maar de praktijk bleef ver achter bij de idealen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die al vanaf het eind van de jaren zeventig aandrong op systematische aandacht voor kwaliteitsbevordering en -bewaking, constateerde keer op keer dat de meeste instellingen op dit punt in gebreke bleven.[3524] Zo meldde de Inspectie dat de helft van de 23 in 1996 door haar bezochte psychiatrische ziekenhuizen niet over behandelplannen beschikte.[3525] De invoering van behandelrichtlijnen op basis van *evidence-based medicine* liet zeer te wensen over en vooral op het gebied van medicatie ontbrak het aan duidelijke voorschriften en behandelprotocollen.[3526] In veel instellingen was geen sprake van een structureel kwaliteitsbeleid, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen voorschreef.[3527] De wet werd op grote schaal niet nageleefd, zo bleek uit het rapport *Staat van de gezondheidszorg 2002. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk* dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2002 publiceerde. Nog geen vijf procent van de instellingen voor de gezondheidszorg beschikte over een integraal kwaliteitssysteem. Van de zeven onderzochte organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voldeden er vijf niet aan de wettelijke eisen. Ze hadden geen kwaliteitsdoelen op basis van een coherente zorgvisie en in onvoldoende mate richtlijnen en protocollen opgesteld als leidraad voor de uitvoering van de zorg en behandeling. Ook besteedden zij niet genoeg aandacht aan klachten van patiënten om structurele problemen op te lossen.[3528]

Het aantal klachten van patiënten of hun belangenvertegenwoordigers over de geestelijke gezondheidszorg vertoonde in de jaren negentig een stijgende lijn, wat overigens niet hoeft te wijzen op een verslechtering van de zorg, maar ook te maken kan hebben met hun grotere mondigheid of hogere verwachtingen van de hulpverlening.[3529] Tussen 1991 en 1999 liep het aantal klachten bij de Patiëntenvertrouwenspersonen op van 11.000 tot meer dan 15.000. De klachten gingen vooral over de bejegening, het gebrek aan voldoende zorg en therapeutische behandeling en de toepassing van dwangopnamen en -maatregelen.[3530] Het aantal officiële klachten dat jaarlijks bij de Inspectie binnenkwam, verdubbelde tussen het midden van de jaren tachtig en 2000 van ongeveer 250 tot bijna 500.[3531] Deels hadden ze dezelfde inhoud als de klachten bij de

---

[3523] Nijssen et al. 1997; Nijssen, Schene en De Haan 1999; De Jonge 1999; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, 30.
[3524] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 157, 162; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 52; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 71; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 143; vergelijk Nijssen, Schene en De Haan 1999; Lucieer 2005, 114-115.
[3525] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 71.
[3526] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 39, 110.
[3527] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 47.
[3528] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 43-44.
[3529] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 5.
[3530] Janssen 1995b, 79-80; Haans 2001.
[3531] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 70; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 127; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 159; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 36, 38; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 15; Geneeskundige Inspectie voor de

Patiëntenvertrouwenspersonen en verder betroffen ze voor het merendeel moeilijkheden om patiënten opgenomen te krijgen, praktijken in de alternatieve hulpverlening en seksueel misbruik door behandelaars. Uit de evaluatie van de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector kwam naar voren dat meer dan de helft van de ingediende klachten gegrond werd verklaard, maar dat twee derde van de klagers niet tevreden was over de afwikkeling ervan. Het probleem van de klachtenbehandeling was dat de formele wettelijke procedures onvoldoende tegemoetkwamen aan hun behoefte om hun persoonlijke verhaal te vertellen.[3532] Meer in het algemeen bestond er een kloof tussen de formele patiëntenrechten en de praktijk. Het uitgangspunt van de wetgeving en de regelgeving was de veronderstelling dat lichamelijk en geestelijk zieken autonome en goed geïnformeerde burgers zijn die weloverwogen beslissingen kunnen nemen over de zorg die zij wensen en die op de hoogte zijn van de mogelijkheden om klachten in te dienen. De werkelijkheid is anders: meestal valt er voor zieke mensen niet veel te kiezen - als ze dat al zouden willen - omdat er geen of onvoldoende (informatie over) gedifferentieerd zorgaanbod beschikbaar is. De patiëntenwetgeving is mede door het juridische jargon en de versnippering ervan in verschillende regelingen voor leken niet altijd even inzichtelijk.[3533]

Geestelijke Volksgezondheid 1995, 52, 54; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 112; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 59; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 43-44, Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 63.

[3532] Van Zweden 1999.

[3533] Friele, Albada en Sluijs 2006; Legemaate 2006; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006.

5.3. De intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende

5.3.1. *De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen*

In de periode 1985-2005 zagen zes nieuwe algemene psychiatrische ziekenhuizen het daglicht.[3534] In 1986 opende het Psychiatrisch Ziekenhuis Nijmegen zijn deuren met 80 bedden, een aantal dat omstreeks 2000 was uitgegroeid tot bijna 330, exclusief krap 50 dagbehandelplaatsen.[3535] In het jaar daarop nam het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis De Grote Rivieren in Dordrecht zijn eerste patiënten op. Dit ziekenhuis, dat tegen 2000 ongeveer 280 bedden en 90 dagbehandelplaatsen telde, was met vier vestigingen in Dordrecht en Gorinchem het eerste nieuwe ziekenhuis dat geheel volgens de beginselen van deconcentratie en kleinschaligheid alsook een scheiding tussen wonen en behandelen tot stand kwam.[3536] In de jaren 1989 en 1990 kwamen twee kleine ziekenhuizen op levensbeschouwelijke grondslag tot stand: de Bernard Lievegoed Kliniek op antroposofische grondslag in Bilthoven met 40 bedden en het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis De Fontein in Bosch en Duin met 26 bedden en 8 dagbehandelplaatsen. Deze twee instellingen doorbraken het principe van de regionalisering.[3537] In 1991 kreeg Amsterdam naast het Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, de voortzetting van de universitaire Valeriuskliniek, twee nieuwe psychiatrische ziekenhuizen: de Frederik Van Eeden Stichting en het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam. Deze twee instellingen, die net als het Dordrechtse ziekenhuis kleinschalig en gedeconcentreerd waren opgezet, namen tezamen meer dan 900 bedden van het Provinciaal Ziekenhuis in Santpoort over en ze telden circa 60 dagbehandelplaatsen. In 2002 verhuisden de laatste patiënten van Santpoort naar Amsterdam en kwam een definitief einde aan deze meer dan anderhalf eeuw oude instelling.[3538]

Terwijl de nieuwe Amsterdamse ziekenhuizen voortkwamen uit de splitsing van een oudere inrichting, vonden er vanaf 1989 ook fusies tussen psychiatrische ziekenhuizen plaats: het Psychiatrisch Ziekenhuis Schakenbosch in Leidschendam en de Ursulakliniek in Wassenaar gingen op in de Robert Fleurystichting (1989); Reinier van Arkel en Voorburg in GGZ 's-Hertogenbosch (1990); Coudewater en Huize Padua in het Instituut voor Psychiatrische Zorg Oost Brabant in Rosmalen (1990); Sancta Maria en een deel van St. Bavo in het Centrum voor Psychiatrie Langeveld in Noordwijk (1991); het Willem Arntsz Huis, de Willem Arntsz Hoeve en het Christelijk Sanatorium te Zeist in de H.C. Rümkegroep (1992); Psychiatrisch Ziekenhuis Dennenoord en Psychiatrisch Ziekenhuis Groot Bronswijk in GGZ Groningen (1995); het Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht te Assen en het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Beileroord in GGZ Drenthe (1995); het Psychiatrisch Ziekenhuis Rosenburg en het Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal in Parnassia in Den Haag (1998); het Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest en Centrum voor Psychiatrie Langeveld in de Rijngeest groep (2000) en de Robert Fleurystichting en de Rijngeest groep in de Rivierduinen (2005). Vrijwel alle

---

[3534] Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000.
[3535] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 3.
[3536] Mens 2003, 251, 255.
[3537] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 42; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50.
[3538] Polling 2001, 13; Van Kerkhof 2002.

psychiatrische ziekenhuizen, of ze nu wel of niet met zusterinstellingen waren gefuseerd, vormden vanaf 1993 samen met ambulante en semimurale instellingen en soms ook verpleeghuizen en voorzieningen voor verslavingszorg grotere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg.[3539] Hierop zullen wij verderop terugkomen.

De nieuwbouw door bestaande psychiatrische ziekenhuizen, vond vooral plaats in samenwerking met RIAGG'en en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en in de vorm van Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra. Deze kleinschalige en stedelijke voorzieningen, waartoe psychiatrische ziekenhuizen met hun streven naar deconcentratie meestal het initiatief namen, combineerden verschillende klinische en sociaalpsychiatrische functies. Zij waren vooral bedoeld voor kortdurende opnamen van acute patiënten, deeltijd- en poliklinische behandeling, crisisopvang en sociaalpsychiatrische begeleiding.[3540] Volgens de nota *Onder Anderen* dienden er uiteindelijk ongeveer tachtig Multifunctionele Eenheden te komen en zouden deze gezamenlijk een kwart van de ziekenhuisbedden en veertig procent van de deeltijdbehandelplaatsen voor hun rekening nemen.[3541] Dat aantal is tot op heden bij lange na niet gehaald: tussen 1988 en 2000 kwamen er ruim dertig tot stand.[3542] De Multifunctionele Eenheden waren vooral behandel- en geen verblijfsvoorzieningen: wonen en therapie dienden met uitzondering van kortdurende opnamen zoveel mogelijk te worden gescheiden. In architectonisch opzicht werden ze ingepast in de stedelijke omgeving en waren ze niet direct herkenbaar als klinieken. Om patiënten het gevoel te geven dat ze tijdelijke bezoekers of gasten waren, kregen sommige een hotelachtig interieur - een concept dat indertijd ook ten grondslag had gelegen aan Vijverdal, maar dat nu veel kleinschaliger werd ingevuld.[3543]

Het Regionale GGZ-Centrum, een benaming die vanaf 1999 gangbaar werd, was een bijzondere variant van de Multifunctionele Eenheid. Het kenmerkte zich door de deelname van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en het was in tegenstelling tot de in woonwijken gevestigde Multifunctionele Eenheden meestal op het terrein of in de nabijheid van een algemeen ziekenhuis gesitueerd. Het Regionale GGZ-Centrum was mede bedoeld om de geestelijke gezondheidszorg nauwer op de algemene gezondheidszorg te laten aansluiten, een streven dat Minister Borst-Eilers in haar *Beleidsvisie* verwoordde. In 2000 waren zeventien van dergelijke centra gerealiseerd en bestonden er plannen voor nog eens 24. Gemiddeld beschikten ze over ruim tachtig behandelplaatsen, waarvan bijna twee derde uit bedden en de rest uit deeltijdplaatsen en andere semimurale behandelcapaciteit bestond. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen constateerde in 2001 dat de nieuwe voorzieningen aan hun doel - een verschuiving van klinische naar ambulante behandelvormen en een verkorting van de behandelduur - beantwoordden. Van een evenwichtige spreiding ervan over het hele land was echter nog geen sprake.[3544]

[3539] Bijlage 4: Overzicht naamsveranderingen en fusies psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt.
[3540] De Wilde 1995; Vijselaar 1999b, 174; Willemsen 2004, 159; Blok 2004, 216.
[3541] Simons 1993, 13.
[3542] Ravelli 2005, 134; Ravelli en Schrijvers 1999, 495. Vergelijk Janssen 1995a, 768-769; Borst-Eilers 1997a, 3; Van Hezewijk 1999, 151.
[3543] Mens 2003, 283-297, 305.
[3544] College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2001, 10, 16-18, 20, 26, 30-31.

De lovende woorden van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen ten spijt bleven de Multifunctionele Eenheden en de Regionale GGZ-Centra niet voor kritiek gespaard. Zo werd geconstateerd dat de medisch-psychiatrische1 benadering vaak de boventoon voerde, waardoor zij als voorposten van de psychiatrische ziekenhuizen toch weer de gedaante van kleine klinieken aannamen. Verder zouden zij door de nadruk op kortdurende en curatieve behandeling een selectief opnamebeleid in de hand werken. Hun doelgroep bestond voornamelijk uit acute en behandelbare patiënten die zich vrijwillig lieten opnemen. De moeilijk behandelbare, gedragsgestoorde en chronische patiënten, waarvan een deel onder dwang werd opgenomen, bleven aangewezen op de oude hoofdvestigingen van psychiatrische ziekenhuizen en dreigden zo weer op het tweede plan te komen.[3545]

Als gevolg van de al sinds de jaren zeventig op gang gekomen en in de jaren tachtig en negentig op grotere schaal voortgezette deconcentratie raakten de oorspronkelijke locaties van de psychiatrische ziekenhuizen enigszins verweesd en verwaarloosd. Ze bestonden uit een ratjetoe van oud- en nieuwbouw. 'Willekeur, chaos, gebrek aan richting en zelfs een zekere behoefte af te rekenen met het gebouwde verleden', aldus de auteur van een architectuurgeschiedenis van psychiatrische ziekenhuizen N. Mens, 'lijken de aanblik van menig psychiatrisch ziekenhuis te hebben bepaald.'[3546] Sommige oude locaties werden geheel of grotendeels verlaten, maar andere ondergingen een herstructurering om plaats te bieden aan bepaalde zorg- en behandelfuncties: verblijfsafdelingen en sociowoningen voor chronische patiënten die zich niet in beschermende woonvormen of in de samenleving konden handhaven; gesloten afdelingen voor onder dwang opgenomen patiënten of psychisch gestoorde delinquenten; en gespecialiseerde afdelingen met een bovenregionale functie, onder meer voor verstandelijk gehandicapten of ouderen met psychiatrische stoornissen, verslaafden of vluchtelingen en asielzoekers.[3547]

De kwaliteit van de huisvesting van psychiatrische ziekenhuizen, die in de jaren zeventig veel kritiek had opgeroepen, verbeterde in de loop van de jaren tachtig, althans volgens staatssecretaris Simons. In zijn nota *Onder Anderen* (1993) meldde hij dat ruim driekwart van de bedden als goed was aan te merken, terwijl dat in 1978 slechts voor een derde van de bedden gold. Het aantal bedden dat echt onder de maat scoorde, was teruggedrongen van meer dan een derde tot zeven procent. De gemiddelde grootte van de leefgroepen, die in de jaren zeventig nog gemiddeld dertig bedroeg, was teruggebracht tot tussen acht en twaalf. Het woon- en leefklimaat zou hierdoor aanmerkelijk verbeterd zijn.[3548] Het beeld dat uit de jaarverslagen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid naar voren komt, is echter minder rooskleurig. De Inspectie meldde herhaaldelijk dat de accommodatie van met name chronische patiënten nog steeds

---

[3545] Janssen 1995a, 769-778; De Wilde 1995; De Roy 1996, 34; De Boer 2004, 202; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 16; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 78; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 73.
[3546] Mens 2003, 283.
[3547] Mens 2003, 323; Ravelli en Schrijvers 1999, 497-498; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39. Aan het eind van de jaren negentig was de helft van de twintig verslavingsklinieken ondergebracht bij psychiatrische ziekenhuizen. Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.
[3548] Simons 1993, 13.

te wensen overliet en dat deze over het algemeen slechter was dan die in algemene ziekenhuizen.[3549] In Santpoort was in het midden van de jaren tachtig zelfs sprake van een 'onmogelijke situatie' en een 'onhoudbare toestand'.[3550] Nieuwbouw en renovatie verliepen volgens de Inspectie te traag. Bovendien zou de kwaliteit van de nieuwbouw maar pover zijn: goedkope standaardbouw was de regel en eenpersoonskamers bleven schaars, waardoor er nog steeds een gebrek aan privacy bestond.[3551]

Zoals wij al eerder aangaven leidde de steeds nauwere samenwerking van psychiatrische ziekenhuizen met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg tot fusies. In 1993 vonden de eerste twee plaats tussen psychiatrische ziekenhuizen - Vijverdal in Maastricht en Jan Wier in Tilburg - en RIAGG'en, waarvan die in Maastricht na drie jaar al weer werd ontbonden.[3552] De Maastrichtse mislukking weerhield andere instellingen er niet van om te fuseren in regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Naast de meeste psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en gingen ook een groot aantal RIBW'en en enkele PAAZ'en, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verslavingszorg op in dergelijke grootschalige organisaties. De animo om te fuseren was bij de RIBW'en niet zo groot als bij de psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en. De vrees bestond dat de begeleiding en ondersteuning die zij boden aan voornamelijk chronische patiënten verdrongen zou worden door de sterker op curatieve behandeling gerichte aanpak van de laatste twee instellingen. Van de 41 zelfstandige algemene psychiatrische ziekenhuizen die vlak voor de eerste fusies bestonden, waren er in 2000 nog 9 en begin 2005 nog 2 over: Vijverdal en het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis.[3553] Het aantal zelfstandige RIBW'en daalde tussen 1993 en 2004 van 40 naar 23. Terwijl er in 1996 nog maar 6 gefuseerde instellingen bestonden, telde Nederland in 2000 29 en begin 2005 33 regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. In 2005 vond een fusie tussen twee regionale organisaties plaats. In de provincies Groningen, Friesland, Drenthe, Utrecht en Zeeland bestond toen nog maar één grote regionale zorgaanbieder. De omvang van de regio's die de gefuseerde organisaties bedienden, varieerde van 200.000 tot 700.000 inwoners.[3554] Fusies waren overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg: in de algemene gezondheidszorg vond een vergelijkbaar proces plaats.[3555] Sommige voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg bleven voor het grootste deel buiten de gefuseerde

---

[3549] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 10. Zie over Vijverdal ook Klijn 2007a, 145.
[3550] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 104-105.
[3551] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 20; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11-15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14; vergelijk Wennink 1989, 646.
[3552] Van Hezewijk 1999, 17, 153; Willemsen 2004, 184-187; Ravelli 2005, 52-53.
[3553] Bijlage 4: Overzicht naamsveranderingen en fusies psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt; vergelijk Ravelli en Schrijvers 1999, 491-494; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Trimbos-instituut 2004; Ravelli 2005, 52-53, 55; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 32, 65.
[3554] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 32; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Ravelli 2005, 52, 55.
[3555] Ravelli 2005, 54.

organisatie: klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, PAAZ'en, klinische en ambulante instellingen voor verslavingszorg en de onder justitie vallende TBR-inrichtingen.[3556]

De fusies betekenden een bestuurlijke centralisering en organisatorische schaalvergroting, maar de daadwerkelijke zorgverlening vond juist steeds meer gedeconcentreerd in betrekkelijk kleinschalige voorzieningen plaats. Al vanaf de jaren zeventig was het aantal hulpverleningslocaties gestaag toegenomen en dit steeg tijdens de fusiegolf vanaf 1996 nog eens met tien procent.[3557] Het lijkt erop dat de gefuseerde regionale instellingen verder hebben bijgedragen aan een evenwichtige spreiding van het hulpverleningsaanbod en daarmee aan een vergroting van de toegankelijkheid ervan. Verbetering van de hulpverlening vormde de belangrijkste rechtvaardiging van een fusie. Grootschalige organisaties zouden een breed palet aan naadloos op elkaar aansluitende hulpverleningsvormen kunnen bieden en zo de continuïteit van de zorg beter waarborgen dan een groter aantal kleinere zelfstandige instellingen. Ook zouden ze door een centraal aangestuurde verdeling van middelen en uniforme, gestandaardiseerde werkwijzen de efficiency van de zorg verhogen. Verder zou schaalvergroting meer mogelijkheden geven tot het aanbieden van hooggespecialiseerde hulpverlening aan specifieke groepen.

Op basis van onderzoek naar de effecten van vier fusies op de zorgverlening concludeerde het College voor Zorgverzekeringen in 2002 dat zij inderdaad tot een verbetering van de hulpverlening hadden geleid. De vrees dat de psychiatrische ziekenhuizen de kleinere, semimurale en ambulante, instellingen opslokten, was niet uitgekomen: ook de laatste konden hun stempel op het behandelbeleid zetten. Weliswaar hadden de gefuseerde instellingen een regionale monopoliepositie verworven - een ander veel gehoord bezwaar tegen de fusies - maar deze ging niet ten koste van de keuzevrijheid van patiënten en cliënten. Zij konden uit een breder zorgaanbod kiezen en ze verkregen meer informatie over de behandelmogelijkheden. De hulpverleningslocaties waren nog beter dan voorheen over de regio gespreid, waardoor de bereikbaarheid was vergroot, en hulpverleners overlegden meer met elkaar, wat de continuïteit van de zorg ten goede kwam. Van dat laatste profiteerden met name chronische patiënten. De fusies hadden de positie van patiënten en cliënten eerder versterkt dan verzwakt. Hun raden bleken mede door de ruimere budgetten waarover zij als gevolg van de schaalvergroting beschikten en de ondersteuning vanaf het centrale niveau van de organisatie beter te functioneren. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderschreef deze bevindingen.[3558]

Toch is het de vraag of de fusies voornamelijk werden ingegeven door zorginhoudelijke motieven en de behoeften van patiënten en cliënten. Aan geen enkele fusie lag een onderzoek ten grondslag naar hun wensen en de zorgbehoeften in de regio. Instrumentele en strategische drijfveren lijken een minstens even belangrijke rol te hebben gespeeld. De fusiegolf vormde ook een reactie op het overheidsbeleid, waarin het streven naar vergroting van de marktwerking in de gezondheidszorg steeds weer op de agenda kwam te staan, alsook op de schaalvergroting die onder zorgverzekeraars optrad. Een fusie was een middel voor de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg om

---

[3556] Trimbos-instituut 2004, v-xv.
[3557] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 59.
[3558] College voor Zorgverzekeringen 2002; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002; voor een ander geluid vergelijk Langelaan 2002b.

zowel hun positie op de markt als die ten opzichte van de overheid en de verzekeringsinstanties te versterken. Ook drong het extramuraliseringsbeleid van de overheid de psychiatrische ziekenhuizen in de richting van fusies: zij konden zich alleen in nauwe samenwerking met semi- en extramurale instellingen verder ontwikkelen.[3559] Verder was schaalvergroting niet uniek voor de (geestelijke) gezondheidszorg, maar vond een dergelijke ontwikkeling vanaf de jaren negentig in tal van maatschappelijke sectoren plaats.

De fusies verliepen niet zonder problemen. Wij hebben er al op gewezen dat de uiteenlopende financieringssystematiek van de intra-, semi- en extramurale zorg voor complicaties in de onderlinge samenwerking zorgde. Daar kwam nog bij dat de bestuurlijke schaalvergroting niet alleen tot grotere efficiency leidde, maar vanwege de verdergaande deconcentratie op het niveau van de hulpverleningsactiviteiten ook de nodige sturing en afstemming vereiste en daarmee meer management en overheadkosten met zich meebracht, die ten koste gingen van het uitvoerende hulpverleningswerk.[3560] Of de fusies werkelijk ten goede kwamen aan de zorgkwaliteit en de behoeften van patiënten en cliënten, zoals het College van Zorgverzekeringen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport meenden te kunnen concluderen, blijft dan ook de vraag. Op basis van een onderzoek naar zorgprogramma's voor schizofreniepatiënten stelde de psychiater D.P. Ravelli vast dat de fusies weliswaar hadden geleid tot meer standaardisering van de hulpverlening op basis van zorgprogramma's en de toepassing van aan de *evidence-based medicine* ontleende richtlijnen, maar dat van een grotere tevredenheid van patiënten geen sprake was.[3561] Ook de cliënten- en patiëntenorganisaties plaatsten kritische kanttekeningen bij de fusies. Zij maakten melding van veel klachten over wachtlijsten en een gebrek aan keuzemogelijkheden. Ook zou de invloed van patiënten- en cliëntenraden door de schaalvergroting eerder zijn af- dan toegenomen.[3562]

Het aantal in algemene psychiatrische ziekenhuizen verblijvende patiënten bedroeg in de jaren 1985-1996 ruim 21.000, om vervolgens licht te dalen tot ruim 20.000 in 2000.[3563] Afgezet tegen de groei van de omvang van de Nederlandse bevolking met iets meer dan zes procent van een kleine 15 tot 16 miljoen, was de afname van de capaciteit van de algemene psychiatrische ziekenhuizen met iets minder dan 5 procent niet groot. Bovendien ging de teruggang van de hoeveelheid bedden vergezeld van een sterke uitbreiding van het aantal dagbehandelplaatsen, van tegen de 1.300 in 1985 naar ongeveer 2.600 in 1996.[3564] Als we de patiënten in categorale intramurale psychiatrische instellingen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen meetellen, dan was

---

[3559] Ravelli en Schrijvers 1999, 496-501; Roosenschoon 2001, 81.
[3560] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 81; Ravelli en Schrijvers 1999, 499-500.
[3561] Ravelli 2005, 135-136.
[3562] Langelaan 2000e; Langelaan 2002a.
[3563] Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-2000, gebaseerd op CBS.
[3564] Deze cijfers zijn gebaseerd op de in 1967 Patiëntenregistratie Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG). Zie NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 5; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 6-7. Vergelijk Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 53; Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Bakker en Van der Velden 2004a, 71; Kwekkeboom 2001, 21; Schene en Faber 2001, 76.

er nauwelijks sprake van een intramurale capaciteitsreductie. De kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken maakten in de jaren tachtig en negentig een forse groei door van ruim 250 naar circa 950 bedden en ook de intramurale instellingen voor verslavingszorg en de TBR-inrichtingen dijden uit, respectievelijk van ruim 500 tot meer dan 1.000 en van rond de 400 tot tegen 1.000 plaatsen.[3565] De ongeveer 60 psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen beschikten in de jaren negentig over ruim 2.100 bedden.[3566]

Als we kijken naar de grensgebieden van de intramurale geestelijke gezondheidszorg, dan valt te constateren dat de herstellingsoorden een forse afslanking ondergingen: tussen 1985 en 1995 verdwenen ongeveer 250 van de 600 bedden. Daarentegen waren de psychogeriatrische verpleeghuizen met rond 31.000 bedden en de residentiële instellingen voor verstandelijk gehandicapten met ongeveer 43.000 plaatsen in 2000 veel groter van omvang dan de gehele intramurale geestelijke gezondheidszorg.[3567]

Het aantal nieuwe opnamen per jaar in psychiatrische ziekenhuizen steeg tussen 1985 en 1996 van ruim 25.000 tot meer dan 36.000, terwijl in die periode het aantal ontslagen opliep van bijna 24.000 naar meer dan 34.000.[3568] Het opnamecijfer van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen - begin jaren negentig zo'n 18.000 en rond 2000 bijna 20.000 - steeg minder sterk, maar bleef zeer hoog vergeleken met hun bescheiden totale beddental en met het aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen.[3569] Het verschil hangt samen met de verblijfsduur van patiënten op de psychiatrische afdelingen, die wettelijk was vastgelegd op maximaal drie tot zes maanden en die in de praktijk gemiddeld 1,3 maand bedroeg, en met het nog aanzienlijke aantal chronische verblijfspatiënten in de psychiatrische ziekenhuizen.[3570] De gemiddelde opnameduur van de totale bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen daalde wel, maar was nog altijd vrij hoog: in 1985 meer dan 10 en in 1996 ruim 8 jaar.[3571]

[3565] College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

[3566] Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18, 27; Kwekkeboom 2001, 20; Schene en Faber 2001, 75; vergelijk Van Alphen 1988, 692; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2001, 22. Tussen 1993 en 2004 ging ongeveer de helft van deze afdelingen (de PAAZ'en) op in Regionale GGZ-Centra. Zie Vos 2007b, 151.

[3567] Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid 1990, 78; Van Hezewijk 1999, 230; Gijswijt-Hofstra 2005, 37-38; vergelijk Schene en Faber 2001, 80.

[3568] Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-2000, gebaseerd op CBS. Vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 70; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 10; Wennink et al. 2001, 924.

[3569] Simons 1993, 48; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18, 27, 49; Schene en Faber 2001, 75.

[3570] Simons 1993, 48.

[3571] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke

Terwijl hun beddencapaciteit en bevolkingsomvang een inkrimping vertoonden, zagen psychiatrische ziekenhuizen zich dus met een steeds sterkere opnamedruk geconfronteerd. De toename van het aantal opnamen was niet zozeer het gevolg van een in verhouding tot de bevolkingsgroei sterke stijging van het aantal mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, maar hing veeleer samen met het al langer veranderende opnamepatroon: de verkorting van de gemiddelde opnameduur, de vergroting van de doorstroming en de hogere frequentie van heropnamen, het zogenaamde draaideureffect.[3572] In de jaren negentig verlieten negen van de tien opgenomen patiënten het psychiatrisch ziekenhuis weer binnen een jaar en hadden zij gemiddeld vijf maanden daarin doorgebracht. [3573] Tussen 1985 en 1996 trad bijna een verdubbeling op van het aantal heropnamen binnen een jaar en vergeleken met 1970 was er zelfs sprake van een verzesvoudiging daarvan.[3574] Veel chronische patiënten die voorheen langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, kregen nu afwisselend ambulante of deeltijdbehandeling en klinische zorg. De langdurige opname van vroeger was een serie kortdurende opnamen geworden. Een tijdelijke opname kon dienen om psychotische episodes te overbruggen, patiënten tegen zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld bij verwaarlozing of suïcidegevaar, of om de omgeving te ontlasten als ze moeilijk handelbaar waren, destructief gedrag vertoonden en overlast of gevaar veroorzaakten.[3575] Daarnaast waren de sociale omgeving, met name de urbanisatiegraad daarvan, en de nabijheid van intramurale voorzieningen waarschijnlijk van invloed op de beslissing om een geesteszieke wel of niet op te nemen. Terwijl er geen aanwijzingen waren dat de prevalentie van psychische stoornissen in steden en die op het platteland van elkaar verschilden, bedroeg de opnamefrequentie in de grote stad bijna het dubbele van die op het platteland.[3576] Vrouwen waren licht oververtegenwoordigd onder de nieuw

---

Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

[3572] Kwekkeboom 2001, 24-25; Van Hezewijk 1999, 220. Het totale aantal patiënten dat van zowel intramurale als semimurale voorzieningen gebruik maakte groeide van ongeveer 30.000 in 1980 tot bijna 40.000 rond 2000. Wennink et al. 2001, 924.

[3573] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

[3574] Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 12-13. Zie ook bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

[3575] Dado-Kersten, Hermans en Maaskant 1995; Van Hezewijk 1999, 220.

[3576] Spijker et al. 1998.

opgenomen patiënten en dit overwicht liep in de jaren 1985-1996 op van 50,4 naar 52,5 procent. Ook onder de in psychiatrische ziekenhuizen verblijvende mensen waren vrouwen met een vrijwel gelijkblijvend aandeel van ongeveer 53 procent in de meerderheid.[3577]

Vrij algemeen was de gedachte in de psychiatrie dat een korte opnameduur gecombineerd met een breed aanbod van (deeltijd- en extramurale) behandeling in therapeutisch opzicht betere resultaten afwierp dan een langer verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Uit onderzoek bleek dat de kans op heropname groter werd naarmate de duur van de eerste opname langer was.[3578] De verkorte opnameduur en de vergrote doorstroming namen niet weg dat het aandeel van chronische patiënten in de bevolking van psychiatrische ziekenhuizen nog altijd aanzienlijk was. Weliswaar was het aantal demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, de zogenaamde 'oude' verblijfspatiënten, door overplaatsing naar verpleeghuizen en zwakzinnigeninstellingen of overlijden sterk afgenomen, maar daarvoor in de plaats kwam een oplopend aantal 'nieuwe', jongere chronische lijders die twee jaar of langer in psychiatrische ziekenhuizen verbleven.[3579] Chronische geesteszieken bezetten rond 1990 56 procent en in 1996 ruim 53 procent van de bedden. [3580] De gemiddelde verblijfsduur van chronische geesteszieken in psychiatrische ziekenhuizen bedroeg rond 1990 nog altijd twaalf jaar en ruim de helft

---

[3577] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

[3578] Van Hezewijk 1999, 77-78, 82.

[3579] Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid 1989, 105; Van Hezewijk 1999, 14-15, 44-46.

[3580] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8. Vergelijk Hoekstra en Mur-Veeman 1989, 1300; Wennink 1989; Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Van der Werf 1996; Van Hezewijk 1999, 224; Schene en Henselmans 1999, 720; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5.

van de opgenomen patiënten was zestig jaar of ouder.[3581] Als we de definitie van chronisch verbreden van een onafgebroken ziekenhuisverblijf van meer dan twee jaar naar het langer dan twee jaar achtereen beperkt zijn in het dagelijks leven vanwege psychische stoornissen, was de omvang van deze groep nog veel groter. Schattingen van het totaal aantal chronische geesteszieken binnen en buiten psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen liepen uiteen van 50.000 tot 75.000. Rond 2000 kregen ongeveer 40.000 van hen op de een of andere manier ambulante hulp of stonden zij daarvoor ingeschreven.[3582]

Het aantal erkende plaatsen in beschermende woonvormen groeide in de tweede helft van de jaren tachtig van 3.000 tot 3.400, om vervolgens in de jaren negentig bijna te verdubbelen tot bijna 6.700.[3583] Desondanks bleef de capaciteit achter bij de behoefte. [3584] In vergelijking met de andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg was die van de beschermende woonvormen klein van omvang en kleinschalig georganiseerd. In de regionale indicatiecommissies, die over de toelating van patiënten tot deze voorzieningen beslisten, waren naast de RIBW'en zelf ook psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en vertegenwoordigd. Door uitbehandelde chronische patiënten over te nemen van de psychiatrische ziekenhuizen, vervulden zij daarvoor in de eerste plaats een 'achterdeurfunctie'. Aan het voorkómen van opnamen, hoewel die doelstelling eerder wel was overwogen, droegen zij niet bij.

In tegenstelling tot de jaren tachtig, toen de beschermende woonvormen vooral een beschuttende functie hadden en waren gevestigd in pensionachtige onderkomens, kwam in de jaren negentig het streven naar vergroting van de zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie voorop te staan. Kleinschalige huisvesting in normale eengezinswoningen in woonbuurten werd de regel.[3585] De RIBW'en werden overwegend bevolkt door oudere mensen met langdurige en ernstige psychische stoornissen, die gehandicapt waren in het sociale functioneren, maar over genoeg vermogen tot zelfredzaamheid beschikten om de alomvattende ziekenhuiszorg te kunnen missen. Vanwege hun verblijfsfunctie was de doorstroming van patiënten in deze instellingen gering. De geboden zorg bestond vooral uit ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig wonen en uit activiteiten die waren gericht op dagbesteding, sociale en

---

[3581] Van Borssum Waakes 1991a, 15, 80; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7.

[3582] Van Hezewijk 1999, 16; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5; Michon et al. 2003, 8, 24-25; Schene en Henselmans 1999, 720.

[3583] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71-72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 85. Vergelijk Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Simons 1993, 50; Henkelman en Faber 1996; Kwekkeboom 2001, 21; Schene en Faber 2001, 76; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33. De aangegeven aantallen zijn exclusief de 3.800 plaatsen voor beschut wonen onder het beheer van de psychiatrische ziekenhuizen en de 2.500 plaatsen voor begeleid zelfstandig wonen, waarover hieronder meer. Schene en Faber 2001, 76.

[3584] Wierdsma et al. 1995; Henkelman en Faber 1996.

[3585] De Goei en Van der Hoorn 2006, 95, 103-110.

arbeidsrehabilitatie en maatschappelijke integratie.[3586] De RIBW'en hadden, al dan niet in samenwerking met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, een groot aandeel in het opzetten en beheren van dagactiviteitencentra, inloophuizen en arbeidsrehabilitatieprojecten. Deze faciliteiten kregen in 1990 een belangrijke impuls door een subsidie van tien miljoen gulden van de Ziekenfondsraad en de zorgvernieuwingsgelden die in de jaren daarop beschikbaar kwamen.[3587] Hun aantal nam toe van een tiental medio jaren tachtig naar ongeveer 160 medio jaren negentig en rond 16.000 mensen maakten er gebruik van.[3588] Toch bleef de capaciteit en de bereikbaarheid van deze voorzieningen achter bij de behoefte eraan. De bewoners van de beschermende woonvormen toonden zich over het algemeen redelijk tevreden over hun woonsituatie, maar over hun dagbesteding waren ze minder te spreken. Het gebrek aan voldoende georganiseerde activiteiten was een van de manco's van de zorg voor chronische geesteszieken, zowel binnen als buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis.[3589]

In de beschermende woonvormen ontstond enige differentiatie ten behoeve van specifieke doelgroepen alsook naar de aard en intensiteit van de beschikbare hulpverlening.[3590] Tussen een derde en een kwart van de plaatsen waren bestemd voor groepen als verslaafden, forensische patiënten, autisten en asielzoekers met psychische problemen.[3591] Verder kwam naast de door de AWBZ gefinancierde RIBW'en en de beschutte of sociowoningen, die onder beheer van psychiatrische ziekenhuizen vielen en waarin begeleiders continue aanwezig waren, een nieuwe woonvorm tot ontwikkeling: het begeleid wonen, waarmee sommige RIBW'en zich ook gingen bezighouden.[3592] Daarbij ging het om zelfstandig wonen in een reguliere woning met op afroep beschikbare begeleiding, waarvan niet alleen psychiatrische patiënten, maar ook andere groepen als verstandelijk gehandicapten, autisten, dak- en thuislozen, verslaafden, forensisch-psychiatrische patiënten en probleemjongeren gebruik maakten. Het doel ervan was vooral activering ter versterking van de zelfredzaamheid en de sociale integratie. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1991 het advies *Psychiatrisch begeleid wonen* aan de Staatssecretaris voor Volksgezondheid uitbracht, zou deze woonvorm de doorstroming vanuit de RIBW'en

---

[3586] Van Wel en Van den Hout 1988; Van Zuthem 1994; Wierdsma et al. 1995; Henkelman en Faber 1996; vergelijk Van Hezewijk 1999.

[3587] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 60, 71; vergelijk Simons 1993, 51-53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 38; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 78.

[3588] Van Zuthem 1994, 12; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 38; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 86; Van Hezewijk 1999, 16; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Schene en Henselmans 1999, 720; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5; Schene en Faber 2001, 76; Van de Lindt, Michon en Kroon 2002, 11; Michon et al. 2003, 8, 24-25.

[3589] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 21; Vijselaar 2002, 344-345; De Goei en Van der Hoorn 2006, 141; Henkelman 2006; Mensink et al. 2006.

[3590] Henkelman en Faber 1996; Ten Cate en Van Lieshout 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37.

[3591] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37.

[3592] De Goei en Van der Hoorn 2006, 110-134.

moeten bevorderen.[3593] Begin jaren negentig bestonden er zo'n twintig begeleid wonen-projecten met in totaal rond 800 plaatsen, een aantal dat rond 2000 was toegenomen tot tussen 2.000 en 2.500.[3594] Verder vonden psychiatrische patiënten die op de rand van dak- en thuisloosheid balanceerden, onderdak in sociale pensions: laagdrempelige woonvoorzieningen die in ruil voor een substantieel deel van de sociale uitkering die zij veelal genoten, bed, bad en brood en daarnaast enige sociale ondersteuning en toezicht boden.[3595] Tot slot kwamen voor patiënten die wel over een eigen woning beschikten en thuis bleven wonen, nieuwe vormen van hulpverlening zoals ambulante woonbegeleiding en psychiatrische thuiszorg tot ontwikkeling.

De capaciteit van zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de beschermende woonvormen was niet berekend op de groeiende opnamedruk, niet alleen vanwege het aantal op te nemen geesteszieken op zichzelf, maar ook vanwege de aard van hun aandoeningen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte voortdurend melding van een stokkende doorstroming als gevolg van wachtlijsten en overbezetting. Deze problematiek werd verergerd doordat de beschermende woonvormen te weinig chronische patiënten konden overnemen en doordat het aantal moeilijke handelbare en agressieve patiënten groeide.[3596] In de jaren tachtig en negentig nam het aantal opnamen van patiënten met dementie en andere organische stoornissen en neurotische klachten af, terwijl het aantal lijders aan schizofrenie en andere ernstige psychotische aandoeningen alsook zware persoonlijkheidsstoornissen en verslaving omhoog ging.[3597] Velen van hen werden onder dwang opgenomen en vertoonden storend en agressief gedrag. Bovendien steeg het aantal psychisch gestoorden dat via politie en justitie in het psychiatrisch ziekenhuis terechtkwam.[3598] Volgens de Inspectie deden zich steeds meer 'vechtpartijen tussen patiënten onderling en mishandeling van zorgverleners' voor.[3599] Dit klemde des te meer daar de capaciteit van de gesloten afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, mede als gevolg van het deconcentratie- en extramuraliseringsbeleid, was ingekrompen. Nieuwe klinische voorzieningen als Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra waren in onvoldoende mate berekend op dit soort patiënten. Het tekort aan gesloten afdelingen deed zich vooral in de grote steden en in het bijzonder in Amsterdam voor, maar ook elders dreigde het oplopende aantal dwangopnamen ten koste te gaan van de opname- en

---

[3593] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87-88; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 86.

[3594] Ten Cate en Van Lieshout 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 81; Schoemaker 2000, 13; Schene en Faber 2001, 76.

[3595] Wolf et al. 1999; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87.

[3596] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid Geneeskundige 1988, 67; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 49, 101; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 20, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 19.

[3597] Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 10.

[3598] Lucieer 2005, 71.

[3599] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19.

behandelingsmogelijkheden voor vrijwillig opgenomen patiënten. Het therapeutisch klimaat en de veiligheid in psychiatrische ziekenhuizen en klinieken kwamen onder druk te staan. Uit psychiatrische ziekenhuizen kwamen geluiden dat de beddenreductie te ver was gegaan en dat de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis herwaardering verdiende.[3600] Sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals Zon en Schild, voerden hun beddencapaciteit weer op. [3601] Verder maakte de Inspectie in de tweede helft van de jaren negentig herhaaldelijk melding van capaciteitstekorten in de kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen.[3602]

Het aandeel van de dwangopnamen in het totaal van de psychiatrische opnemingen vertoonde tussen 1985 en 1996 een licht stijgende lijn van ruim dertien naar bijna vijftien procent.[3603] Uit sommige psychiatrische ziekenhuizen klonken eind jaren negentig alarmerende geluiden over een sterke toename van het aantal dwangopnamen, en dan met name van de inbewaringstellingen. Zo zou maar liefst de helft van de opnamen in het eerste half jaar van 1996 in Delta Psychiatrisch Ziekenhuis een onvrijwillig karakter hebben gehad. Het ging voor bijna 90 procent om inbewaringstellingen, waarvoor de meest genoemde redenen gevaar voor zichzelf (50 procent), voor zelfverwaarlozing (37 procent) en voor de algemene veiligheid (35 procent) waren.[3604] Ook uit Welterhof en de Amsterdamse psychiatrische ziekenhuizen kwamen meldingen van oplopende aantallen dwangopnamen; in de hoofdstad zou het aantal inbewaringstellingen in de jaren negentig zelfs zijn verviervoudigd.[3605] Hoe deze geluiden te rijmen zijn met de opgaven van de *Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* is onduidelijk. Het zou kunnen zijn dat in de grote steden

---

[3600] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 137; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 56; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19, 108-109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 19-21, 24-25; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 22-23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 35; Hemels 1998; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 106; Willemsen 2004, 164-165.

[3601] Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 29, 32.

[3602] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 101; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 7; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 74; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 87.

[3603] NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/ Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8. Vergelijk Janssen 1995b, 76; College voor zorgverzekeringen 2002, 31.

[3604] Derksen, Timmerman en Stronks 1999, 671-673.

[3605] Hemels 1998, 10-11; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 104-105.

meer geestelijk gestoorde mensen onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis terechtkwamen. In 2006 werden in totaal ongeveer 17.000 patiënten onder dwang opgenomen.[3606]

Het lijkt er in ieder geval op dat de BOPZ geen vermindering van het aantal dwangopnamen met zich mee heeft gebracht - zoals wel werd verwacht, omdat het criterium voor dwang in deze wet (gevaar voor zichzelf of anderen) strikter was dan dat van de Krankzinnigenwet (ook voor eigen bestwil). In deel 4 hebben wij er al op gewezen dat rechters al in de twee decennia voordat de BOPZ rechtsgeldig werd, het bestwil-criterium steeds meer afwezen als legitimatie voor dwangopname.[3607] Desondanks was er reeds vanaf omstreeks 1980 in relatieve zin ten opzichte van de vrijwillige opnemingen sprake van een licht oplopend aantal dwangopnamen, een trend die zich na de invoering van de BOPZ doorzette. Bovendien kwam het steeds vaker voor dat een vrijwillige opname alsnog werd omgezet in een dwangopname om dwangbehandeling mogelijk te maken.[3608]

De BOPZ was omstreden in psychiatrische kring, omdat de wet het moeilijker zou maken om onwillige patiënten die zichzelf verwaarloosden of hun omgeving overlast bezorgden zonder dat er sprake was van acuut gevaar, op te nemen en te behandelen. Deze 'verloederden en verkommerden' of 'zorgwekkende zorgmijders', zoals ze wel werden genoemd, en ook de samenleving zouden niet gebaat zijn bij de juridisch afgedwongen terughoudendheid van hulpverleners. Het gevaar bestond dat geesteszieken in de gevangenis in plaats van in het psychiatrisch ziekenhuis terechtkwamen. Sommige psychiaters brachten verder naar voren dat de BOPZ hen in hun geneeskundige taakuitoefening belemmerde en hen zelfs in de rol van gevangenisbewaarder drong, aangezien een dwangopname niet meer, zoals in de Krankzinnigenwet, impliceerde dat zij een onwillige patiënt ook onder dwang mochten behandelen.[3609] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid deelde deze kritiek. Zij waarschuwde voortdurend voor een enge interpretatie van het gevaars-criterium. Die zou ertoe kunnen leiden dat de noodzakelijke zorg voor en behandeling van ernstig gestoorde en moeilijk handelbare patiënten in het gedrang kwam. De BOPZ kon ertoe leiden dat zij aan hun lot werden overgelaten.[3610] Vanaf medio jaren negentig gingen er stemmen op om de mogelijkheden tot gedwongen opname en behandeling te verruimen en het bestwil-criterium in ere te herstellen.[3611]

In de praktijk bleek het verschil tussen de oude Krankzinnigenwet en de nieuwe BOPZ echter minder groot dan de formele bepalingen en de discussie over de nieuwe wet

---

[3606] *NRC Handelsblad* 31-1-2007, 2.

[3607] Zie 4.4.2. De rechten van de patiënt.

[3608] Janssen 1995b, 76-77; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 105-106; vergelijk Hemels 1998. Volgens Janssen zou uit onderzoek blijken dat bij ongeveer de helft van de in juridische zin vrijwillige opnamen informele dwang was gebruikt.

[3609] Hassing, Van Lent en Van der Velden 1995; vergelijk Van Borssum Waalkes 1991a, 32-34, 37; Legemaate 1996a; Lucieer 2005, 180-184.

[3610] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 6; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 9, 74, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 56, 58.

[3611] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 13; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 9; Kortmann 1996; Borst-Eilers 1997a, 9; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 71; Lucieer 2005, 68, 183.

suggereerden. Rechters bleken een brede invulling te geven aan het begrip gevaar. Volgens een uitspraak van de Hoge Raad uit 1992 was gedwongen opname gerechtvaardigd als iemand 'maatschappelijk te gronde gaat' of 'zichzelf zal verwaarlozen'. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stuurde in 1995 een brochure naar alle psychiaters, officieren van justitie, rechters en burgemeesters om hen erop te wijzen dat de BOPZ gedwongen opname vanwege (de dreiging van) ernstige zelfverwaarlozing toeliet. Veel psychiaters trokken daaruit en uit de jurisprudentie de conclusie dat de BOPZ ingrijpen ten behoeve van de bestwil van geesteszieken niet geheel uitsloot en wel degelijk voldoende mogelijkheden bood om onwillige patiënten onder dwang op te nemen en te behandelen.[3612] De BOPZ heeft wellicht zelfs bijgedragen tot de toename van het aantal dwangopnamen. Aangezien deze wet bepaalt dat voor een vrijwillige opname een expliciete blijk van bereidheid van de patiënt noodzakelijk is, zouden psychiaters bij gebrek of twijfel aan diens uitdrukkelijke instemming geneigd zijn om tot dwangopname over te gaan om van juridische rugdekking verzekerd te zijn. Ook de bepaling dat voor dwangbehandeling een dwangopname is vereist, zou aan de toename hebben kunnen bijdragen. Verder speelden de toegenomen agressie van een deel van de op te nemen geesteszieken en een afnemende tolerantie van overlast in de samenleving hierbij een rol.[3613]

Niet alleen de dwangopnamen, ook de toepassing van dwangmiddelen, dwangmaatregelen en dwangbehandelingen in de psychiatrische ziekenhuizen vertoonde een opgaande lijn. Het aantal bij de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gemelde toepassingen van dwangmiddelen en -maatregelen steeg in de jaren negentig van ruim 1.000 tot rond 4.400, om vervolgens in de eerste vijf jaar van het nieuwe millennium een aantal van 5.100 te bereiken.[3614] Het aantal meldingen van dwangbehandelingen ging tussen 1995 en 2000 omhoog van ongeveer 1.100 tot ruim 1.800 (ruim 2.400 als de psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten ook worden meegerekend) en kwam in 2004 uit op bijna

---

[3612] Heidinga 1991, 188; Legemaate 1995, 153; Legemaate 1996a, 257; Vuijsje 1997, 88-89; Lucieer 2005, 69, 177, 184.

[3613] Hemels 1998; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 105-106; zie verder 5.5.2. Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal.

[3614] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 75; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 111; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 115; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 80; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 86; Lucieer 2005, 185. Volgens de in 1988 bijgestelde Middelen en Maatregelen Registratie van de Inspectie moesten toepassingen van dwang met een duur van zeven dagen of langer gemeld worden. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 20; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72. Het is niet helemaal duidelijk of de cijfers betrekking hebben op alleen psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen of ook op psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Verder geven de cijfers geen compleet beeld omdat niet alle instellingen aan de registratie meewerkten. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 21; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 59. Volgens Lucieer (2005, 68) bleek op het congres Dwang en drang in de psychiatrie dat patiënten jaarlijks ongeveer 25.000 keer aan 'vrijheidsbeperkende maatregelen' werden onderworpen.

2.000.[3615] Naar schatting kreeg in het midden van de jaren negentig een kwart tot de helft van de opgenomen patiënten te maken met vormen van dwang als separatie, vastbinden en toediening van voeding, vocht en medicatie, vooral door middel van injectie met depotpreparaten. Daarnaast kreeg een onbekend aantal patiënten beperkingen opgelegd wat betreft post, telefoonverkeer, bezoek en bewegingsvrijheid.[3616] Er is niet aan de indruk te ontkomen dat de toepassing van dwang en de wijze waarop die werd gelegitimeerd niet altijd beantwoordden aan de wettelijk voorgeschreven terughoudendheid, zoals met name de BOPZ en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst die voorschreven. Vooral de middelen en maatregelen waaraan onder dwang opgenomen patiënten werden onderworpen, waren vanuit wettelijk oogpunt niet altijd gerechtvaardigd, aangezien de reden om daartoe over te gaan vaak betrekking had op de niet direct gevaarlijke overlast die zij veroorzaakten in plaats van het gevaars-criterium.[3617]
Ongeveer een vijfde van de patiënten werd één of meer keren geïsoleerd; het totale aantal separaties bedroeg ongeveer 20.000 per jaar.[3618] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde vast dat separatie de meest frequent toegepaste dwangmaatregel was en dat het in meer dan de helft van de gevallen vrijwillig opgenomen patiënten betrof.[3619] Ook signaleerde de Inspectie een tendens in psychiatrische ziekenhuizen om dit middel steeds vaker toe te passen. Deze zou samenhangen met de toegenomen regelgeving en wettelijke beperkingen ten aanzien van dwangbehandeling.[3620] Wij beschikken verder niet over gegevens met betrekking tot een mogelijk verband tussen enerzijds de toenemende neiging om patiënten te separeren en anderzijds de patiëntenwetgeving, die grenzen stelde aan andere mogelijkheden om dwang uit te oefenen, en wellicht ook een grotere gevoeligheid met betrekking tot dwangmaatregelen die directer op het lichaam ingrepen, zoals fixatie. Uit een vergelijking met psychiatrische ziekenhuizen in Duitsland, Denemarken, Engeland en Ierland kwam wel naar voren dat separatie daar veel minder frequent plaatsvond dan in Nederland. In het buitenland maakten behandelaars veel vaker gebruik van middelen als fixatie en dwangmedicatie gecombineerd met intensieve bewaking en begeleiding. De grotere terughoudendheid in de Nederlandse psychiatrie ten aanzien van directe fysieke dwang blijkt uit zowel de praktijk als de wetgeving, waarin dwangbehandeling, al dan niet gecombineerd met fixatie, aan meer restricties en reserves gebonden was dan dwangopnamen en separatie. In andere landen was vaak het omgekeerde het geval.[3621]
Overigens verscheen in 2007 een opmerkelijk artikel van de hand van twee bij de Stichting Patiënten Vertrouwens Persoon betrokken auteurs, die erop wezen dat een onderzoek door patiënten vertrouwens personen onder ruim 300 patiënten had

---

[3615] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 111; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 63; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 80; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 72; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 85; Lucieer 2005, 185.
[3616] Janssen 1995b, 77-78; Van de Klippe en Franchimont 1995, 711, 714-715.
[3617] Van de Klippe en Franchimont 1995, 711, 714-715; Janssen 1995b, 82; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.
[3618] Janssen 1995b, 77-78; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.
[3619] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72.
[3620] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 25-26.
[3621] Kampen en Van Ewijk 1997; Langelaan 2001b; Lucieer 2005, 190-191; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.

uitgewezen dat door degenen die zowel dwangmedicatie als separatie hadden ondergaan, meer nadelige effecten werden gerapporteerd als gevolg van dwangmedicatie dan van separatie. Enkele patiënten gaven aan dat separatie op hen ook een positieve uitwerking had gehad in de vorm van herstel van rust en stabiliteit, terwijl dergelijke effecten bij dwangmedicatie ontbraken.[3622] Anderzijds kreeg een jeugdige patiënte als J. Santegoeds met haar actiegroep 'Tekeer tegen de isoleer' in korte tijd opmerkelijk veel medestanders. Zij werd een veelgevraagd spreker bij de projecten van GGz-Nederland die ten doel hadden om dwang en drang in de psychiatrie te verminderen.[3623]

5.3.2. *De patiënten*

In de egodocumenten van psychiatrische patiënten die in de jaren negentig verschenen, kwam minder kritiek op de psychiatrie en de maatschappij voor dan in die van de jaren zeventig en tachtig. Net zoals in de geestelijke gezondheidszorg had de kritische bevlogenheid plaats gemaakt voor een meer berustende en nuchtere houding. De auteurs neigden ertoe om de reserves en vooroordelen in de maatschappij ten aanzien van geesteszieken als gegeven te accepteren, waarmee zij moesten leven. Een belangrijke beweegreden voor patiënten om hun ervaringen publiek te maken was een soort *coming out*, het uiting geven aan hun persoonlijke beleving en een zeker zelfbewustzijn, alsook het streven om lotgenoten een hart onder de riem te steken. Ten aanzien van de psychiatrie stelden zij zich zelfverzekerder als gelijkwaardige en mondige 'klant' op en benadrukten zij het belang van eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Daarbij waren de verwachtingen ten aanzien van het therapeutisch vermogen van de geestelijke gezondheidszorg duidelijk naar beneden bijgesteld.[3624]

Wat merkten psychiatrische patiënten van de veranderingen die in deze periode in de geestelijke gezondheidszorg werden doorgevoerd? Profiteerden zij van de transmurale samenwerking en de zorgvernieuwing? Volgens de zogenaamde 'GGZ-thermometer', een gestandaardiseerd instrument waarmee sinds 2005 in het hele land de mening van cliënten over de kwaliteit van de zorg wordt gepeild, oordeelden zij over het algemeen positief over individuele behandelaars en meende ongeveer twee derde van de patiënten dat de behandeling tot een verbetering van hun geestelijke toestand had geleid. Psychiatrische patiënten die langdurig op zorg waren aangewezen, toonden veel tevredenheid met de min of meer zelfstandige woonvormen waarvan zij gebruik konden maken; in het bijzonder de vergroting van de privacy en van de vrijheid om hun eigen dagelijkse leven in te richten, konden op veel waardering rekenen.

Tegelijkertijd gaven veel cliënten van de geestelijke gezondheidszorg aan dat hun behoefte aan hulp en de geboden zorg niet goed op elkaar waren afgestemd. Een kwart van hen ontving niet de hulp die zij wilden, terwijl eveneens een kwart hulp kreeg waaraan ze geen behoefte hadden. Kritisch waren zij ook over de voortdurende wisseling van hun behandelaars en de niet altijd vlekkeloos verlopende overdracht van informatie van de ene instelling of afdeling naar de andere. Het ideaal van de 'continuïteit van zorg' bleek in de praktijk nogal eens te verzanden in een gebrek aan afstemming van verschillende instellingen en behandelaars op elkaar en een onduidelijke afbakening van verantwoordelijkheden, waardoor het voor cliënten en hun naasten onduidelijk was waar

[3622] Welles en Widdershoven 2007, 478-481.
[3623] Santegoeds 2007.
[3624] Parabirsing 2003, 14-16.

en bij wie zij moesten aankloppen als er iets mis ging. Verder bleek er nogal wat ontevredenheid te bestaan over de informatieverschaffing en communicatie met betrekking tot medicatie en de toepassing van dwang. Patiënten hadden behoefte aan meer uitleg over het voorschrijven van psychofarmaca en de mogelijke bijwerkingen. Van de patiënten die onderworpen waren aan dwangmaatregelen als separatie, isolering, fixatie en gedwongen toediening van medicijnen, was twee derde van mening dat er onvoldoende moeite was gedaan om de reden daarvoor aan hen uit te leggen en drie kwart vond dat er achteraf niet of te weinig met hen over was gepraat. Ook gaven ze aan dat behandelaars onvoldoende rekening hielden met hun wensen omtrent mogelijk minder belastende alternatieven voor ingrijpende dwangmaatregelen. Met name onder dwang opgenomen patiënten achtten het wenselijk dat ze meer informatie kregen over de mogelijkheden om een beroep te doen op het klachtrecht en klachten in te dienen.[3625]

Dit globale beeld wordt in grote lijnen bevestigd door een onderzoek naar de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen. In het kader hiervan verscheen in 2001 een rapport over de ervaringen van een tiental patiënten en hun partners of familieleden met de hulpverlening.[3626] Het gaat hierbij waarschijnlijk om een selectie van mensen die daarover slecht te spreken waren en die daarom graag hun verhaal kwijt wilden. Dat neemt niet weg dat hun ervaringen zouden kunnen wijzen op min of meer structurele gebreken in de hulpverlening aan mensen met geestelijke stoornissen.

Deze treden soms al aan het licht bij de eerste stap in het hulpverleningscircuit: de inschakeling van de huisarts en de pogingen om een opname te bewerkstelligen. Het komt voor dat huisdokters de symptomen van geestesziekte niet als zodanig herkennen of deze niet serieus nemen. De moeder van de 22-jarige student Theo, die vanwege ernstige geestelijke moeilijkheden zijn studie geneeskunde heeft gestaakt en thuis bij zijn ouders ten prooi valt aan angst en verwarring, belt ten einde raad de huisarts. Theo denkt dan zelf al dat hij mogelijk aan schizofrenie lijdt, een vermoeden dat later zal worden bevestigd, maar de huisarts beschouwt de moeilijkheden als aanstellerij. 'Tegenover mij zie ik de huisarts', herinnert Theo zich later.

> ‘Lig jij altijd 's middags in bed?’ vraagt hij geïrriteerd. Ik kijk hem aan en zie aan zijn gelaatsuitdrukking dat hij zich afvraagt wat hij hier doet. ‘Ja’, zeg ik en wil mijn motieven nader toelichten. ‘Een trap onder je gat moet je hebben’, hoor ik hem nog zeggen als hij even snel als ik hem gezien heb weer opstaat, zijn aantekenmap in zijn tas gooit en vertrekt.[3627]

De ouders van de achttienjarige, eveneens aan schizofrenie lijdende Bert, krijgen weinig medewerking van hun huisarts en het RIAGG bij hun pogingen om hun onhandelbare zoon te laten opnemen. Bert is thuis niet meer te handhaven en ze voelen zich gedwongen hem het huis uit te zetten. De wanhopige ouders stellen vervolgens alles in het werk om Bert opgenomen te krijgen, wat leidt tot een reeks vruchteloze

---

[3625] Friele, Albada en Sluijs 2006, 15, 40-41, 45-46, 60-62, 78-79; 85, 92; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 42-43, 54-55.
[3626] Ligtenberg 2001.
[3627] Ligtenberg 2001, 18.

telefoontjes met de huisarts, de RIAGG en het psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht. Berts moeder vertelt:

> Ik krijg het advies om naar de polikliniek van 'Licht en Kracht' te bellen, omdat ze daar Bert misschien kunnen motiveren om zich te laten opnemen. Een mevrouw van de poli aan de telefoon: 'Uw zoon moet aangemeld worden door de huisarts of een andere arts die hem gezien heeft, dat kan ook per telefoon. Bij de eerste afspraak moet uw zoon de ingevulde vragenlijst meenemen. De vragenlijst moet hij eerst zelf hier halen. Bij de eerste afspraak moet hij een verwijsbrief van de huisarts meenemen.' Hierover bel ik onze huisarts, die zegt: 'Ik sta op het punt om naar het buitenland te gaan, bel de psychiater maar'. Bij het RIAGG weten ze niet welke vragenlijst er bedoeld wordt en dokter Albers [de psychiater die Bert enkele keren thuis heeft gezien] is afwezig. Op 14 december bel ik opnieuw, maar de psychiater Albers blijkt ook deze dag niet te werken, gaat zeer binnenkort weg uit Hoogezand. In verband met die verhuizing heeft ze deze week geen tijd om Bert aan te melden bij 'Licht en Kracht', en voor de verwijsbrief ook niet.[3628]

Ten einde raad neemt de moeder van Bert contact op met de organisatie Ypsilon, die haar aanraadt om contact op te nemen met een zekere dokter Derksen van Licht en Kracht. Deze deelt mee dat Bert ook zonder verwijsbrief op de polikliniek terecht kan en adviseert om de RIAGG in te schakelen ten einde de onwillige Bert te motiveren om zich bij Licht en Kracht aan te melden. Een paar dagen later krijgt de moeder na tal van vruchteloze pogingen eindelijk de RIAGG-psychiater Albers aan de lijn.

> Dokter Albers wil niet naar Bert toegaan. 'Ik zie daar het nut niet van in. Die andere keren heeft hij ook niet met mij willen praten. Hij heeft gezegd dat hij geen hulp nodig heeft'. Ik vraag of zij misschien het RIAGG in Groningen wil bellen of daar iemand is die het wil proberen. Dokter Albers wil dat niet doen omdat het volgens haar geen 'acute noodsituatie' is. 'Ik zal dokter Derksen dan maar bellen', zeg ik. 'Om hem te vertellen dat ik het geprobeerd heb, maar dat er niemand is die naar Bert toe wil gaan'. Dokter Albers vraagt dàn of ik even wil wachten. Ze zal kijken of er op het RIAGG iemand anders is die er heen kan gaan. Maar nee, er is niemand die het kan doen. […] RIAGG Groningen gebeld, telefonisch spreekuur van Anton Evers. Hij is, ondanks het spreekuur, niet aanwezig, maar zal later terugbellen. Wat helaas vergeten wordt.[3629]

Enkele dagen later proberen de ouders van Bert het nog eens door een afspraak met Albers te maken. Deze wendt zich tot de vader (Douwe):

> 'Ik heb mij afgevraagd of u wel weet dat uw vrouw mij de afgelopen weken zo vaak gebeld heeft.' Ja, daar weet Douwe van! Hij vertelt haar dat haar geringe betrokkenheid bij onze situatie ons behoorlijk is tegengevallen. Dokter Albers zegt dat het niet goed voor Bert is dat zijn vader zo rationeel en zijn moeder zo emotioneel is. 'Weet u wel dat uw vrouw zoveel moeite heeft met uw

[3628] Ligtenberg 2001, 29.
[3629] Ligtenberg 2001, 30.

> rationaliteit?' Douwe is niet blij met deze informatie en ik ook niet. Daar hadden wij niet om gevraagd.[3630]

Ook de ouders van de aan anorexia nervosa lijdende dochter Wiske voelen zich niet serieus genomen. Als hun dochter op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is opgenomen, worden zijn niet geïnformeerd over de behandeling en moeten zij ontdekken dat er geen behandelplan is opgesteld.

> Wij liepen tegen hulpverleners aan die plotseling op vakantie gingen ofwel die informatie aan ons ouders, zonder het 'volwassen kind' erbij, niet nodig vonden. Wij werden woest dat alleen dankzij òns aandringen ons kind medisch onderzocht werd, met als resultaat een spoedopname in het ziekenhuis, terwij het 'in behandeling' was. 'Wij houden haar ook medisch in de gaten', was ons verzekerd. Je snapt er toch niks van als je meemaakt dat jouw psychisch zieke kind met de kerst in pyjama het Martini Ziekenhuis uit kan lopen naast haar sonde karretje?! Je snapt toch niet dat […] niet over een behandelplan gesproken kan worden 'omdat de behandelvraag nog niet gesteld is'?! Woede![3631]

Aangezien in Nederland lange wachttijden blijken te bestaan voor een klinische behandeling van anorexia nervosa laten de ouders van Wiske haar, mede op advies van de anorexiepatiëntenvereniging, in een gespecialiseerde kliniek in België opnemen. ‘Wat was het een opluchting toen wij met haar in België kwamen, waar men ons zei: "Wij begrijpen u! Laat haar maar gerust hier achter, we weten wat we doen. Het is ons vak." Dat maakte zo'n indruk! Ik heb er om zitten janken!’[3632] De ouders dienen een klacht in bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de gebrekkige hulpverlening: 'Een ondoorzichtig zorglandschap, vertragende verwijzingen, ons weinig effectief lijkende behandelingen, geen noodopvang en geen sturende voorstellen om de patiënt intensiever te behandelen.'[3633]

De vijftigjarige Henk, die in het midden van de jaren negentig met de gevolgen van alcoholverslaving wordt geconfronteerd, voelt zich ook van het kastje naar de muur gestuurd. Na een opname in het ziekenhuis vanwege een levercirrose, besluiten Henk en zijn vrouw dat het tijd is voor professionele verslavingshulp.

> Via kerkelijke instanties kwamen we in 1996 bij het C.A.D., het 'Consultatiebureau voor Alcoholisme en Drugs', terecht. Op het gebied van alcohol werden wij vaderlijk onderwezen. Helaas, op de patiënt zelf had dat maar weinig invloed. Het vermanend opgestoken vingertje kende ik al. Mijn klachten […] bleven bestaan. […] Bij het RIAGG ging het helemaal niet. Die kwamen in 1997 niet verder dan drie keer een intake: van bureau X naar bureau Y en weer terug! Tenslotte stelde men daar dat ik geen patiënt voor hen was![3634]

[3630] Ligtenberg 2001, 31.
[3631] Ligtenberg 2001, 32.
[3632] Ligtenberg 2001, 32.
[3633] Ligtenberg 2001, 80.
[3634] Ligtenberg 2001, 35.

In 1998 komt Henk in een kliniek voor verslavingszorg terecht, waar hij zich in het geheel niet thuis voelt.

> De huisvesting in het oude gebouw […] is ronduit slecht. Behalve de woonkamer lijkt het een ouderwetse kazerne met slaapzalen voor een man of acht tot tien. De crisispatiënten mogen niet in de keuken komen: besmettingsgevaar. Wel hebben we een gemeenschappelijke 'overvolle' plee […] Veel medepatiënten hebben een crimineel verleden of zijn nog crimineel. […] Er gaat bijna geen dag voorbij zonder confrontaties, ruzie, gegil, vluchtpogingen of gebruik van verboden middelen.[3635]

De ouders van Wiske zijn niet de enige familieleden van patiënten die zich door hulpverleners genegeerd voelen. Nadat de manisch-depressieve Hepie in 1993 onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, zit haar partner drie dagen lang aan de telefoon om uit te vinden waar zij wordt verpleegd.[3636] Ook krijgen de familieleden vaak maar mondjesmaat duidelijke informatie over de diagnose en de behandeling. De ouders van Bert, die aan schizofrenie lijdt, krijgen te horen dat er sprake is van 'identiteitsproblematiek' en anderen wordt verteld dat patiënten 'overspannen' of een 'beetje in de war' zijn, terwijl er duidelijk meer aan de hand is.[3637] De ouders van de eveneens aan schizofrenie lijdende Boris, die in een jeugdpsychiatrische kliniek is opgenomen, krijgen op een gegeven moment van een verpleegkundige te horen dat hun zoon onvoldoende meewerkt aan de behandeling. Tijdens een gesprek met haar wordt het hen echter niet duidelijk wat de therapie inhoudt en wat precies het probleem met Boris is.

> De verpleegkundige is niet tevreden over de veertienjarige Boris. Hij doet te weinig, eet slecht. 'Hij houdt van luxe eten', zegt ze pinnig. Van het kleedgeld wil hij, in haar ogen, te duur ondergoed kopen. 'Hij heeft bovendien de beste kleding van de kinderen hier', zegt ze.

'Ik vraag mij af', zo schrijft de moeder, 'wat dat met de ziekte en de behandeling van Boris te maken heeft. In een gesprek met de maatschappelijk werkster zeg ik dat ik niet tevreden ben over deze verpleegkundige. De maatschappelijk werkster belooft mij dat hierover een gesprek zal volgen. Dat heeft echter nooit plaatsgevonden.[3638]

Patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen, voelen zich nogal eens ontheemd en onpersoonlijk bejegend. De eerder genoemde Theo herinnert zich zijn eerste opname, die medio jaren tachtig plaatsvindt in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

> Mijn ouders brengen mij naar het AZG. In een gesprekskamer, waarin zich enkel een langwerpige tafel met zes stoelen bevindt en een telefoon op een klein tafeltje, leggen ze de dienstdoende psychiater uit dat ik opgenomen moet worden. Het

[3635] Ligtenberg 2001, 83.
[3636] Ligtenberg 2001, 137.
[3637] Ligtenberg 2001, 122, 171.
[3638] Ligtenberg 2001, 57.

> gesprek dringt niet tot mij door. Ik loop de gang op. Een eindeloze rij deuren komt er op uit. De vloer is bekleed met zeil. Aan het eind is de recreatiezaal met verpieterde plantjes, een tv en een kast vol boeken. Daarnaast een eetzaal, waar zich een knop aan de muur bevindt om de radio te bedienen. Het geheel maakt een lege en verloren indruk op mij. […] Mijn ouders zijn al vertrokken als er een man op mij afkomt. Hij slaat echter af en met een sleutel, waaraan hij de hele bos draagt, opent hij een deur. Even later komt hij terug en nodigt mij uit de slaapzaal te bekijken. Op deze zaal staan vier bedden, hoge ziekenhuisbedden met daarnaast een kastje. Ook is er een wastafel met spiegel. Elk bed is voorzien van een leeslamp. De bedden zijn opgemaakt met een laken en een enkele deken. […]
>
> Ik wacht. Een kwartier geleden ben ik door een verpleegster uitgelaten en werd de deur van de afdeling achter mij gesloten. Ik hoor het draaien van de sleutel nog nagalmen in mijn hoofd. Een gesprek met Arnoud staat op het programma. Ik heb hem nog niet eerder gezien, hij is het hoofd van de afdeling. […] Ik loop wat heen en weer op de gang. Plotseling wordt een deur geopend. Een jongeman met krullerig lang haar en puisten op zijn gezicht staat in de deuropening. 'Theo?' roept hij. Ik loop naar hem toe. Hij gaat mij voor en ik aanschouw de werkkamer. Er blijkt nog iemand aanwezig te zijn, een modieus geklede lange man die enkele papieren ordent. Beide mannen zeggen niets, ik ga zitten en zij komen tegenover mij staan, letterlijk! 'Nou moet je goed opletten, Bert', zegt de psychiater. Ik begrijp niet wat hij de co-assistant wil laten zien maar deze staat mij met open mond aan te staren. Ik heb op dat moment een vreemde lichamelijke sensatie. Mijn ogen staan stokstijf in de oogkassen. Toch voel ik ze bewegen. Kleine figuurtjes dansen voor mijn ogen en ik word misselijk. De psychiater maakt daarop wat aantekeningen en Bert laat mij weer uit.

Een dergelijke afstandelijke behandeling valt ook de achttienjarige Ans ten deel. Zij verblijft in de jaren 1986-1987 in een jeugdpsychiatrische kliniek vanwege psychosen en manisch-depressieve verschijnselen. De behandeling bestaat onder andere uit gezinstherapie onder leiding van een maatschappelijk werker.

> Ik ben bang voor die man. Altijd als ik hem tegen kom op de afdeling of op het terrein, maakt hij van die denigrerende opmerkingen tegen mij en hij kijkt zo gemeen uit zijn ogen. […] Mijn ouders praten met de maatschappelijk werker over mij en het gaat volledig langs mij heen. Ik word er ook nauwelijks bij betrokken. Op een gegeven moment vraagt mijn vader wat er nu precies met me aan de hand is. 'Tja dat weten wij ook niet precies', zegt de maatschappelijk werker. Mijn moeder vertelt opeens dat haar vader ook opnamen heeft gehad. Hij was manisch-depressief. Ik wist dat helemaal niet, daar hebben ze nooit wat over verteld. 'O', zegt de maatschappelijk werker, 'dat is erfelijk, dus dan heeft Ans dat ook.' Ik ben wat verbaasd over deze conclusie. Dan gaat het gesprek vooral over de moeilijkheden van mijn ouders en wat ze verder met zichzelf moeten doen. Aan het einde van het gesprek komt die enge maatschappelijk werker op me af en geeft me een aai over mijn bol. Vol afschuw wend ik mijn hoofd af. Wat doet hij nu? Denk ik, Bah! 'O', zegt hij, 'dat wil ze niet, hoor! Daar voelt ze zich zeker te

> groot voor?' Mijn ouders lachen wat ongemakkelijk. Ik ga met een vreselijk rotgevoel terug naar de afdeling.[3639]

Ook andere patiënten klagen over de onpersoonlijke bejegening die hen ten deel valt in de geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben het gevoel dat de behandelaars niet doordringen tot de kern van hun problemen en dat dezen voor hen beslissen. Naar aanleiding van zijn verblijf in een isoleercel en de dwanginjectie die hij krijgt toegediend, merkt Clemens, een lijder aan schizofrenie, bijvoorbeeld op: 'Bij psychiatrie wordt nergens naar gevraagd, dóórgevraagd naar de achterliggende problemen. "Jij moet luisteren! Wij weten wat goed voor je is: pillen en injecties."'[3640] Sam Funda, een vrouw met een dertigjarige geschiedenis in de psychiatrie, is eveneens van mening dat hulpverleners veel te weinig met haar communiceren en nauwelijks een poging doen om zich in haar situatie in te leven. 'Ze vragen hooguit: wat denk je zelf wat je hebt? […] Ze vertelden me eigenlijk niks en al helemaal niets over wat voor ziekte het zou kunnen zijn. Het was gewoon: slikken. Pillen, dat was alles wat ik van ze kreeg en soms een vriendelijk woord.'[3641]

Het gebrek aan begrip en betrokkenheid van de kant van hulpverleners dat psychiatrische patiënten signaleren, wordt in de hand gewerkt door het grote aantal wisselende behandelaars waarmee sommigen in aanraking komen. 'Heb je eindelijk je verhaal aan iemand kunnen vertellen, zit er de volgende keer weer iemand anders voor je', aldus een van de patiënten.[3642] Het aantal behandelaars dat ik al die jaren heb gehad, is niet meer te tellen, net als het aantal afdelingen!', zo vertelt Ans.

> Het leek wel of ik constant aan het verhuizen was. […] Eigenlijk was de enige 'behandeling': afwachten tot de pillen mijn psychose onder controle kregen. Neuleptil, Nozinan, Haldol, Melleril, Valium, Seresta, Dalmadorm, Cisordinal, al die pillen die ik kreeg als ik psychotisch was! In totaal waren het wel meer dan dertig soorten en dan reken ik de antidepressiva nog niet mee. Het leek wel of elke afdeling een ander medicijnbeleid had. Elke psychiater schrijft weer andere pillen voor. Niet eerst kijken in het dossier welke pillen goed aanslaan en waar ik het minst bijwerkingen van krijg […] nee hoor, er moest weer iets geprobeerd worden! Andere psychiaters? Andere pillen![3643]

Vrijwel alle patiënten worden met medicijnen behandeld. Naar aanleiding van zijn opname in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen merkt Clemens op: 'De pillenactie in het AZG bestaat hieruit dat ik verschillende bestrijdingsmiddelen krijg: Aspirine, Kemadrin, Siquil, Valium, Anafranil, Imovane, Ludiomil. Sorry, ik vergeet lithium. […] Verder is [sic] er arbeidstherapie en groepsgesprekken.'[3644] De dertienjarige scholier Boris, die begin jaren negentig met symptomen van schizofrenie kampt, krijgt, om te beginnen, van de huisarts kalmerende

---

[3639] Ligtenberg 2001, 53.
[3640] Ligtenberg 2001, 147.
[3641] Ligtenberg 2001, 199.
[3642] Ligtenberg 2001, 92.
[3643] Ligtenberg 2001, 208.
[3644] Ligtenberg 2001, 49.

middelen voorgeschreven en van een jeugdpsychiater Orap 'wat vervelende bijwerkingen kan geven', aldus zijn moeder. 'Boris is erg moe en prikkelbaar. Hij krijgt een poosje meer medicijnen omdat hij drukker wordt. […] Als hij een paar weken later Anafril krijgt, gaat het eerst iets beter maar daarna wordt hij weer drukker.' Niet lang daarna worden de medicijnen 'verhoogd, er wordt Tryptisol aan toegevoegd. […] Hij begint nu ook met Sequile.' Vervolgens krijgt Boris ook nog Lithium, waarvan de dosis twee keer wordt verhoogd en die wordt aangevuld met slaapmedicatie. 'Op den duur werden mij door het RIAGG allemaal medicijnen voorgeschreven', zo vertelt Boris zelf. 'Bij sommige medicijnen had ik meer last van de bijwerkingen dan van het goede dat ze zouden moeten brengen.'[3645]

Ans, die omstreeks 1985 als zeventienjarige onder dwang in een jeugdpsychiatrische kliniek wordt opgenomen, krijgt vanaf de eerste dag medicijnen voorgeschreven.

> 'Hier', zegt een van de leiding, 'drink deze druppels op.' 'Waarom?' vraag ik, 'wat is dit? Ik wil eerst weten waarvoor dit is en wat het is.' 'Gewoon opdrinken nu, en niet zeuren. Dit heb je nodig, het is Neuleptil.' 'Ik wil het niet, wat is het voor spul?' Na aandringen drink ik het toch op. Dan begint de ellende. Ik krijg verschrikkelijke last van bijwerkingen. Stijve spieren, kramp in mijn kaken. Ik kan mijn mond niet meer dicht krijgen en begin te kwijlen. Ik ben al zo angstig doordat ik in de war ben en nu word ik nog banger.[3646]

Later, als ze met een rechterlijke machtiging in een andere kliniek is opgenomen, weigert Ans medicatie.

> Voor mij is het allemaal vergiftige troep, die pillen! De verpleegkundige dringt elke keer aan. Met een handvol onbekende pillen staat hij voor mij: 'Neem ze nu in! Toe nou!' Hij smeekt haast! Wat te doen als iemand, die psychotisch is, geen pillen wil? Dan is behandeling toch niet mogelijk? Natuurlijk wel! Met geduld! […] Dwang werkt averechts. Gewoon rustig overleg dus! Ik wil eerst goed uitgelegd krijgen welke pillen er zijn en wat de bijwerkingen zijn. Als een verpleegkundige zegt: 'Neem deze nu, geen gezeur!, dan werkt dat niet. Hij kan beter zeggen: 'Probeer nu eens dit medicijn en als het niet bevalt, dan stoppen we er meteen mee en proberen we een ander'. Zo krijg je meer vertrouwen in de behandeling en het gevoel dat de verpleging met je meedenkt. De angst voor medicijnen moet serieus genomen worden. Het is niet niks wat allemaal aan medicatie in je lijf gestopt wordt. Dus: goede voorlichting, uitleg en geduld.[3647]

Ook Sam Funda herinnert zich van haar eerste opname dat ze werd 'volgestopt met medicatie'. 'Van medicatie heb ik ondervonden dat het wel eens rustiger kan maken, vrolijker ben ik er nooit van geworden. De bijwerkingen waren altijd nadelig: trillen, huiduitslag, misselijk, keelontsteking, staalsmaak.'[3648]

[3645] Ligtenberg 2001, 22-24.
[3646] Ligtenberg 2001, 19-20.
[3647] Ligtenberg 2001, 161-162.
[3648] Ligtenberg 2001, 46, 199.

Als we op de verhalen van deze patiënten afgaan dan moeten we vaststellen dat het geven van medicijnen aan het eind van de twintigste eeuw de meest frequent toegepaste behandelvorm is en dat andere therapieën, zoals individuele of groepsgesprekken en bezigheidstherapie, een aanvullend karakter hebben al naar gelang de behoeften en mogelijkheden van patiënten. Sommigen vinden dat ze onvoldoende behandeling krijgen. 'Ik kom de dagen door met hasj roken op de binnenplaats', zo herinnert Ans zich van haar verblijf in Beileroord.

> De verpleging merkt hier niets van. Die hebben het te druk met elkaar. Er heerst hier ruzie in het team van de verpleging. Daar gaat de aandacht naartoe in plaats van naar de patiënten die het zo hard nodig hebben. Echter therapie is hier niet. Alleen wat activiteitentherapie van therapeuten die zelf ook problemen hebben en vaak overspannen zijn. Voor de depressie […] krijg ik alleen pillen en af en toe een gesprek met een heel verstrooide psychiater voor een paar minuten. Ik heb niets aan die gesprekken. O ja, ik krijg sociale vaardigheidstraining, maar daar heb ik ook weinig aan in mijn depressieve toestand.[3649]

De meest negatieve herinneringen hebben patiënten aan dwangmaatregelen. Als Ans manisch gedrag vertoont in de jeugdpsychiatrische kliniek waarin zij is opgenomen, sluit een verpleegkundige haar op.

> Ik schud aan de deur en maak heel veel lawaai. Dan staat Bart weer voor de deur. Hij is woedend! Ik kijk hem quasi onschuldig aan en hij weet zich niet te beheersen. Hij geeft mij een enorme klap op mijn gezicht. Ik schrik mij dood en begin te huilen. Bart doet de deur weer op slot en loopt weg. Ik heb geen klacht ingediend omdat ik niet wist hoé en ook niet wist dat het kon![3650]

Als Ans aan het eind van de jaren tachtig, wanneer zij in Beileroord verblijft, opnieuw manisch wordt, wordt ze twee maanden in een isoleercel opgesloten.

> […] er staan al een stuk of vijf verpleegkundigen klaar om me af te voeren naar de separeer. Heel wild kleden ze me uit. Ze rukken mijn kettinkje kapot. Dan gaan ze in het hok op mijn armen en benen zitten en spuiten iets onder in mijn rug. Ik ben verschrikkelijk bang. Ik weet niet wat me overkomt, ik ervaar het als een aanranding en vernedering. Als ze klaar zijn met het inspuiten, laten ze me zo achter in het hok. Ik kom daar twee maanden te zitten. Wel na twee weken een kwartiertje per dag eruit en dat langzaam uitbouwen tot helemaal weer uit de separeer. Dit is de behandelmethode voor manie en psychose in 'Beileroord': onmenselijk, beestachtig! Het waren de twee ergste maanden uit mijn leven. Ik kreeg er na mijn traumatische jeugd nog een trauma bij.[3651]

[3649] Ligtenberg 2001, 109.
[3650] Ligtenberg 2001, 55.
[3651] Ligtenberg 2001, 107-108.

Nadat Ans een jaar in een sociowoning heeft gewoond, komt ze weer op de gesloten afdeling van Beileroord terecht. Ze krijgt de belofte dat ze niet weer wordt gesepareerd. Als dat desondanks toch gebeurt, raakt zij alle vertrouwen in de hulpverleners kwijt.

> Ik kom weer op de gesloten afdeling. Ik ben vrij druk en wil en kan 's nachts niet slapen. En ja hoor, ik word toch weer gesepareerd. Terwijl ik absoluut niet agressief ben, alleen druk. Vijf verpleegkundigen springen bovenop me, ontdoen me van mijn kleding, spuiten me plat en laten me achter in het hok. En nu weer opnieuw voor twee maanden! Opnieuw een trauma erbij en mijn vertrouwen zeer geschonden. Is dat nu een menswaardige behandeling?![3652]

Ook Clemens is zeer verontwaardigd over de wijze waarop hij geïsoleerd wordt. Dat gebeurt tijdens zijn opname in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

> Bij psychiatrie zou ik hulp vinden, dat was toch normaal onder zulke verschrikkelijke omstandigheden? Hoe het kwam, weet ik niet. Welke middelen ze me gegeven hebben? Ik werd daar in korte tijd omgetoverd tot een dolleman! Vreselijk! Tegen mijn wil werd ik in een isoleercel gesleept waar ik enige tijd moest blijven. Als dolleman in de isoleercel! Ik kreeg er een mooie witte molton deken, dacht dat die was om eronder te liggen. Ik kreeg ook een urinefles. Die gebruikte ik om op de muur te bonzen, om aandacht te krijgen. Die aandacht, die kwam! Zo nu en dan verscheen er een gezicht voor het kleine raampje in de deur, nooit een vriendelijk gezicht in mijn ogen. Toen ik naar de wc moest, werd er niet gereageerd, wel verscheen er een grijnzende kop voor het raampje. Waarom was er geen toiletemmer voor mij en een fles water? Toen begreep ik de bedoeling van de moltondeken: die was niet om te slapen, maar om in te poepen! Met het overige gedeelte van de deken probeerde ik mij schoon te vegen. Was ik een dier geworden? Het is niet te beschrijven hoe vies, smerig en hopeloos ik mij voelde. Er is nooit geprobeerd om op een liefdevolle manier mijn verwarde gedachten weer in het reine te brengen. Lieve manieren, dáár ontbreekt het aan![3653]

Toch hebben de patiënten ook wel positieve ervaringen te melden. Zo komt Ans begin jaren negentig in de gesloten afdeling Beukenrode van Dennenoord in Zuidlaren terecht, volgens haar een verademing vergeleken met wat ze in Beileroord meemaakte.

> Op 'Beukenrode' wordt mijn psychose niet tegengegaan door me suf te spuiten en mij twee maanden in de separeer te stoppen. Oké, ik kreeg wel één keer een spuit en werd een enkele keer kort in het 'hok' gestopt en dat was al erg genoeg. Maar verder kan ik gewoon op de afdeling zijn en krijg ook activiteitentherapie. Hier kan ik veel van mijn manische energie in kwijt en het wordt ook goed begeleid. Strikt, zodat het niet uit de hand loopt. De therapeut kan heel goed met drukke mensen omgaan. Na zes weken pillen, verblijf op gesloten afdeling en therapie is mijn psychose voorbij. Dus zie je nou wel, een separeerbehandeling was écht niet

[3652] Ligtenberg 2001, 108.
[3653] Ligtenberg 2001, 146.

> nodig! Ná die periode word ik depressief en ik word met rust gelaten. […] Er wordt geen druk uitgeoefend. Ik voel mij belabberd door mijn depressie, maar de omstandigheden zijn wel ideaal. Ik krijg ook antidepressiva wanneer ik dat wil. Er wordt goed naar me geluisterd. Maar ja, ik heb dan ook al vijf jaar ervaring met de psychiatrie en ik weet wat ik wil. De gesprekken met de psychiater bevallen me goed. Zij zet me niet onder druk en geeft mij steun bij de acceptatie van mijn situatie. Zij volgt mijn tempo. Het is ook de eerste keer dat ik eindelijk voor een langere periode dezelfde psychiater heb. Ik heb in die zes jaar daarvoor wel meer dan tien verschillende behandelaars gehad. Zeer verwarrend! Het is de eerste keer in zes jaar dat ik daadwerkelijk iets aan een psychiater heb.[3654]

Na een verblijf in de jeugdpsychiatrische instelling 'De Ruyterstee', wordt Boris in de kleine jeugdpsychiatrische kliniek 'De Wenakker' in Groningen opgenomen, waar hij geleidelijk aan opknapt, zodat hij na verloop van tijd weer redelijk kan functioneren in de maatschappij. Zijn herinnering aan de laatste instelling en de hulpverleners daar is overwegend positief.

> 'De Wenakker' bestond in die tijd uit twee groepen, de voorgroep en de achtergroep. Ik zat in de achtergroep. Er zat geen verschil tussen deze groepen. Het huis kon twaalf mensen opnemen in de leeftijd van dertien tot en met twintig. Ik zat in een groep met alleen maar meisjes. In de andere groep zat nog een andere jongen. Ik heb dat nooit als een probleem gezien. Ik had één keer per week een gesprek met een psychiater, verder waren er therapieën als handvaardigheid, sport en spel. Er waren in het weekend vaak uitjes naar pretparken, het zwembad, wadlopen etc. Ik vind dat dit goed geregeld was en ook belangrijk om in de maatschappij bezig te blijven. Verder waren er groepsgesprekken die erg goed waren. In tegenstelling tot de gesprekken in 'De Ruiterstee' waren deze gesprekken erg intensief en werd er veel ingegaan op de werkelijke problematiek van de bewoners. Iedereen wist ook van de ander wat de problemen waren, zodat daar ook rekening mee gehouden kon worden. Vaak werd er gehuild tijdens deze gesprekken. […] Het verschil tussen 'De Wenakker' en 'De Ruiterstee' is dat 'De Wenakker' veel dieper ingaat op de problematiek van de bewoners. Ik heb nog nooit zo zwaar in de put gezeten als tijdens mijn verblijf op 'De Wenakker', maar ik ben daar sterker van geworden. Ik ben er van overtuigd dat het verblijf op 'De Wenakker' er toe heeft bijgedragen dat ik nu een gewoon normaal leven kan leiden. Ik ben hier ook dankbaar voor.[3655]

5.3.3. *Zorg en behandeling*

Het psycho- en sociotherapeutische klimaat van de jaren zeventig maakte in de loop van de jaren tachtig plaats voor zowel biomedische als sociaalpsychiatrische benaderingen. Psychotherapie bleef onderdeel van het behandelrepertoire en nam zelfs in betekenis toe, maar deze werd wel minder intensief en op een meer pragmatische manier toegepast. Het bevlogen genezingsoptimisme omtrent zelfbevrijding, persoonlijke groei en zelfontplooiing werd ingewisseld voor minder hooggespannen en scherper omlijnde

[3654] Ligtenberg 2001, 158.
[3655] Ligtenberg 2001, 165.

doelstellingen als gedragsverandering en symptoombestrijding. [3656] Ook aan de radicale democratisering van de behandelpraktijk, zoals die met name in psychotherapeutische gemeenschappen was doorgevoerd door patiënten grotendeels zelf verantwoordelijk te stellen voor hun genezing, kwam een eind. De verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden van behandelaars en patiënten werden weer duidelijk afgebakend. Vergeleken met de jaren zeventig kregen verzorging, ondersteuning en begeleiding meer en socio- en psychotherapie minder nadruk in de verpleging. De reserves ten aanzien van het gebruik van psychofarmaca verdwenen.[3657]

Symptomatisch voor het veranderde behandelklimaat in psychiatrische ziekenhuizen was de terugkeer van de elektroshocktherapie. Nadat deze in de jaren zeventig vrijwel uit het therapeutisch arsenaal was verdwenen, vond deze vanaf het midden van de jaren tachtig opnieuw toepassing bij een gestaag stijgend aantal patiënten. Volgens de jaarverslagen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, waarbij psychiatrische ziekenhuizen ECT-behandelingen moesten melden, ondergingen tussen 1986 en 1992 jaarlijks tussen 47 en 86 patiënten meermaals (gemiddeld elf à twaalf keer) een elektroshock. In de daarop volgende jaren steeg dat aantal tot ongeveer 330 in 1999. Het ging om overwegend oudere patiënten - hun gemiddelde leeftijd schommelde rond de zestig jaar - en de meerderheid van hen – twee derde tot driekwart - was vrouw.[3658] Psychiaters wendden de elektroshock vooral aan ter behandeling van psychotische depressies waarbij medicijnen geen enkele verbetering bewerkstelligden.[3659]

Eind jaren tachtig voerde een medewerker van de Inspectie een promotieonderzoek uit onder bijna honderd met ECT behandelde patiënten, waarvan de resultaten in 1991 aan de Tweede Kamer en de Staatssecretaris voor Volksgezondheid werden aangeboden. Hieruit bleek dat patiënten relatief tevreden waren over de behandeling.[3660] De Inspectie, die zich al eerder had uitgesproken voor de toepassing van ECT mits een aantal zorgvuldigheidseisen in acht werd genomen, bekrachtigde deze conclusie door te onderstrepen dat zij geen klachten over deze behandeling binnenkreeg. De patiënten die haar ondergingen, leken de protesten tegen de elektroshock - eind jaren tachtig was deze opnieuw doelwit van demonstraties en onderwerp van discussies in de media en kritische vragen in de Tweede Kamer - niet te delen. De Inspectie merkte verder

---

[3656] Van Borssum Waalkes 1991a, 90-99; Hutschemaekers 1994, 179. Over psychotherapie zie verder 5.4.3. Behandeling: pillen en praten.

[3657] In 1982 merkte Schnabel (1982a, 127) nog op dat Nederlandse psychiaters terughoudend waren met het voorschrijven van psychofarmaca.

[3658] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 60; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 65, 146, 150; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 104; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 129; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 107-108; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 78-79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 55; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 77; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 74; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 82-83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 74; vergelijk Van den Broek, Leentjes en Verwey 1999, vii; Leentjes 2000, 4.

[3659] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 104; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 131; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 82.

[3660] Volgens Nolen 1999 had de helft van de patiënten baat bij ECT, althans op de kortere termijn.

op dat ECT in Nederland in vergelijking met andere landen, in het bijzonder de Angelsaksische wereld, nog altijd bijzonder weinig toepassing vond.[3661] De psychiaters W.H.L. Schornagel en V.C.C.A. Assmann, die in 1992 in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* pleitten voor een verbreding van het indicatiegebied en frequentere toepassing bij vooral oudere depressieve patiënten, wezen erop dat de frequentie van de toepassing van ECT in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Denemarken zestig tot tachtig procent hoger lag dan in Nederland. Zij verklaarden deze terughoudendheid, die werd gedeeld door Duitse psychiaters, uit de succesvolle antipsychiatrische agitatie waardoor ECT tot taboe was geworden.[3662]

In de jaren negentig ontstond onder behandelaars een brede consensus dat de elektroshock herwaardering en, met inachtneming van de nodige zorgvuldigheidseisen, een plaats in het psychiatrisch behandelrepertoire verdiende. In 1992 kwam de NVP met gebruiksrichtlijnen, die grotendeels overeenkwamen met de in 1985 door de Inspectie uitgevaardigde regels.[3663] Het toezicht door de Inspectie werd in 1995 vervangen door dat van een Landelijke Evaluatiecommissie ECT, bestaande uit NVP-leden, een vertegenwoordiger van de patiëntenbeweging, een waarnemer van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en een adviseur van de Inspectie. Het aantal wetenschappelijke publicaties over ECT nam toe en de NVP bood cursussen aan om psychiaters ermee vertrouwd te maken. Omstreeks 2000 vond de elektroshocktherapie in bijna alle universitaire psychiatrische klinieken en in een twintigtal psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ'en toepassing.[3664] Een van de pleitbezorgers van ECT, de psychiater A.F.G. Leentjes, wees erop dat de behandeling dankzij de verbeterde techniek en preventieve maatregelen veiliger, effectiever en patiëntvriendelijker was geworden en dat de kans op bijwerkingen en complicaties was afgenomen. Aan de therapie ging een zorgvuldig onderzoek naar mogelijke risico's vooraf. De sterkte van de shocks werd nauwkeuriger gedoseerd en patiënten kregen ze alleen onder narcose en voorzien van spierverslappers toegediend.[3665] De terugkeer van de elektroshock was een belangrijk symptoom van de opmars van de biomedische aanpak in de psychiatrie, maar in kwantitatieve zin was de invloed ervan toch beperkt. Slechts een kleine minderheid van de patiënten kwam ermee in aanraking en zij vormden slechts een fractie van de patiënten die medicijnen kregen voorgeschreven. De belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van de biomedische psychiatrie en de rationalisering van de behandeling zijn al in eerdere paragrafen aan de orde gekomen.[3666]

Van minstens even grote betekenis voor de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg vanaf het midden van de jaren tachtig waren de vernieuwingen die in de organisatie van de zorg en de therapeutische behandeling werden doorgevoerd. Op basis van transmurale samenwerking kwamen zorgprogramma's en -circuits tot stand. Deze waren gericht op groepen patiënten met een gemeenschappelijke diagnose of hulpbehoefte of met overeenkomstige demografische kenmerken, zoals volwassenen,

---

[3661] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 29; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 15-16; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 81.
[3662] Schornagel en Assmann 1992; vergelijk Vijselaar 2007a, 20-21.
[3663] Nolen 1999; Koster 1999; Van 't Hof 1996, 21-22.
[3664] Nolen 1999.
[3665] Leentjes 2000, 4.
[3666] Zie 5.1. Het psychiatrisch beroep.

kinderen en jongeren, ouderen, vrouwen, allochtonen, asielzoekers, verslaafden en delinquenten.[3667] Vooral voor chronische geesteszieken met meervoudige en wisselende zorgbehoeften werd het in Amerika ontwikkelde *casemanagement* geïntroduceerd: individuele begeleiding door verpleegkundigen met het doel om verschillende vormen van hulpverlening op elkaar en op de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt af te stemmen.[3668] Een belangrijke doelstelling van zorgketens en *casemanagement* was de zogenaamde continuïteit van de zorg, een begrip dat de Amerikaanse sociologe L. Bachrah had uitgewerkt. Het veronderstelde een zodanige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dat patiënten en cliënten konden rekenen op een gevarieerd en multidisciplinair, maar op elkaar aansluitend hulpverleningsaanbod vanuit meerdere instellingen.[3669] In zekere zin lag een dergelijke ordening in het verlengde van de al eerder binnen de psychiatrische ziekenhuizen en ook de RIAGG'en geïntroduceerde multidisciplinaire werkwijze. Het verschil was dat de behandeling van een patiënt niet meer zozeer tegelijkertijd, maar veeleer op een gecoördineerde manier naast en na elkaar door verschillende beroepsgroepen plaatsvond.

Deze organisatorische vernieuwingen deden zich bij uitstek gelden op het terrein van de sociaalpsychiatrische zorg voor chronische geesteszieken, die sinds het begin van de jaren tachtig steeds meer aandacht kreeg. Het was met name voor deze groep patiënten met uiteenlopende en wisselende zorgbehoeften dat psychiatrische ziekenhuizen en andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg nauwer gingen samenwerken. Hierbij ging het niet in de eerste plaats om curatieve behandeling, maar veeleer om hulpverlening die was gericht op psychische revalidatie en sociale rehabilitatie. Deze benadering, die in de jaren tachtig met name in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Zweden tot bloei was gekomen en die in Nederland onder meer in de Maastrichtse psychiater D. Petry een pleitbezorger vond, veronderstelde dat ernstige geestesziekten vaak ongeneeslijk waren en een blijvende handicap voor patiënten vormden. Zij en hun naasten moesten ermee leren leven. Ondanks de beperkingen die de psychische gestoordheid met zich meebracht zou de kwaliteit van hun bestaan echter wel te verbeteren zijn. De eerste stap was een beheersing en stabilisering van de psychische stoornis - bijvoorbeeld door middel van medicatie en het vermijden van risicovolle situaties die een crisis konden uitlokken - waardoor de ontwrichtende effecten ervan werden teruggedrongen. Verder moesten de nog sluimerende vermogens van deze patiënten met de nodige ondersteuning, begeleiding en training geactiveerd worden, waardoor hun zelfredzaamheid en sociale vaardigheden een zodanig niveau bereikten dat zij niet waren aangewezen op continue verpleging, maar min of meer zelfstandig in de samenleving konden functioneren.[3670]

Het streven naar revalidatie en rehabilitatie was geënt op de ontwikkeling van beschermende woonvormen en de extramuralisering van de psychiatrische hulpverlening. Concreet kreeg het gestalte in woonbegeleiding, psychiatrische thuiszorg, werkverschaffing, arbeidstraining en de organisatie van dagbestedingsactiviteiten en sociale contacten alsook sociaal-agogische begeleiding en psycho-educatie voor

---

[3667] Simons 1993, 39, 41-62; Franx en Verburg 1999.
[3668] Van de Beek en Van Lieshout 1992.
[3669] Van der Grinten en Verburg 2001, 23.
[3670] Petry 1988a; Petry 1988b; Petry 1988c; Schene en Henselmans 1999; Vuister 1992; Van Borssum Waalkes 1991a, 16-17; Langelaan 1998c.

familieleden van geesteszieken.[3671] De revalidatie- en rehabilitatiehulpverlening was vooral in handen van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en sociaalpedagogische hulpverleners.[3672] Daarnaast raakten er ook vrijwilligers bij betrokken: door middel van de zogenaamde vriendendiensten in de geestelijke gezondheidszorg, die vanaf 1994 ontstonden, eerst in Amsterdam en Maastricht. In 1997 bestonden er zo'n vijftien en waren er veertien in voorbereiding. Deze door het zorgvernieuwingsfonds en gemeenten gesubsidieerde buddy-, maatjes-, en bezoekersprojecten waren vooral bedoeld om isolement en vereenzaming van psychiatrische patiënten tegen te gaan en maatschappelijke integratie te bevorderen.[3673] Ook de zogenaamde verwenzorg, waarvoor de verpleegkundige J. Zwanikken-Leenders de grondslag legde, was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van chronische patiënten door middel van persoonlijke aandacht en het organiseren van bijzondere activiteiten, waarin de reguliere zorg niet voorzag.[3674]

Revalidatie en rehabilitatie speelden een hoofdrol in de rond 600 zorgvernieuwingsprojecten die in de eerste helft van de jaren negentig het daglicht zagen. Bij meer dan tachtig procent van de projecten waren psychiatrische ziekenhuizen als initiatiefnemer dan wel partner betrokken en ze waren voornamelijk bedoeld voor chronische patiënten.[3675] In bijna de helft van de projecten ging het om opname-vervangende zorgvormen zoals zelfhulp, thuiszorg, deeltijdbehandeling en flexibele crisisopvang voor chronische patiënten en hun maatschappelijke integratie door middel van werk, scholing, dagbesteding, zelfstandig wonen en sociale contacten.[3676] Verder waren veel projecten gericht op de verbetering van de organisatie van de zorg, met name door middel van de bevordering en de intensivering van de samenwerking tussen verschillende hulpverleners en instellingen. Deze kreeg gestalte in regionale plaatsings- of indicatiecommissies om gezamenlijk te bepalen waar patiënten het beste geholpen konden worden alsook gemeenschappelijke zorgprogramma's voor bepaalde patiëntengroepen om de hulpverlening op elkaar af te stemmen in zorgcircuits en *casemanagement*begeleiding ten einde de continuïteit van de zorg te garanderen. Ook deze projecten waren voornamelijk voor chronische patiënten bedoeld.[3677] Een kleiner aantal projecten hield zich bezig met de verbetering van diagnostiek, behandeling en opnamepreventie voor nieuwe patiënten die nog niet eerder waren opgenomen.[3678]

Onderzoek naar het functioneren en de resultaten van de zorgvernieuwingsprojecten leverde geen eenduidig beeld op.[3679] Weliswaar bevorderden deze de samenwerking en fusies binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar dat betekende nog niet dat de patiënten ervan profiteerden. Veel projecten gingen mank aan

---

[3671] Zie Vuister 1992. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997, 76-77) telde in 1997 60 thuiszorgprojecten.
[3672] Schene en Henselmans 1999.
[3673] Van Erp en Geelen 1997.
[3674] Mintjes-de Groot 2006; Mensink et al. 2006.
[3675] Borgesius en Brunenberg 1996, 1267; Kwekkeboom 1999, 31; Ravelli 2005, 18; vergelijk Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 57; Kwekkeboom 2001, 24; De Wilde 1995, 808-809.
[3676] Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996, 1273-1274.
[3677] Borgesius en Brunenberg 1996, 1268-1272; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 35; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 76-77; Schnabel 1997b.
[3678] Borgesius en Brunenberg 1996, 1272-1273, 1275.
[3679] Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996; De Roy 1996.

een te krappe personeelsbezetting en een gebrek aan sturing en continuïteit. Het is de vraag of het grote aantal projecten een teken was van de sterke vernieuwingsgezindheid van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor een deel waren hun activiteiten op dit gebied ook ingegeven door financiële motieven: de overheid kortte immers op hun budgetten en ze konden het geld terugverdienen door projecten op te zetten. Of het daarbij altijd om vernieuwing ging was een tweede. Wat door de ene instelling als nieuw werd gepresenteerd was elders al lang deel van de reguliere hulpverlening. Er is niet aan de indruk te ontkomen dat instellingen het etiket zorgvernieuwing op al bestaande praktijken plakten om budgetkortingen ongedaan te maken of extra middelen te verwerven. Een van de doelstellingen van zorgvernieuwing was om door middel van participatie en goedkeuring van patiënten- en familieorganisaties het hulpverleningsaanbod beter af te stemmen op de vraag. De betrokkenheid van deze organisaties liet echter zeer te wensen over: slechts bij acht procent van de projecten speelden zij een rol van betekenis.[3680] Ook bleek dat de zorgvernieuwing lang niet aan alle chronische geesteszieken ten goede kwam, maar zich vooral concentreerde op de 'besten van de slechtsten' onder hen, de groep waarbij het revalidatie- en rehabilitatiestreven enig resultaat afwierp. De moeilijkste patiënten, de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders', de verslaafden, de gedragsgestoorden, de dak- en thuislozen met psychiatrische problemen alsook de bewoners van de verblijfsafdelingen van de psychiatrische ziekenhuizen, vielen grotendeels buiten de boot.[3681] De meeste zorgvernieuwingsprojecten slaagden er evenals de reguliere hulpverlening niet in om de uitdijende groep chronische patiënten te bereiken die geïsoleerd aan de zelfkant van de maatschappij van de ene crisis naar de andere crisis leefde en ten prooi viel aan zelfverwaarlozing, vereenzaming en verloedering. Voor zover zij met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking kwamen betrof het kortdurende acute crisisinterventie of een tijdelijke opname, maar geen doorbreking van de vicieuze cirkel waarin zij gevangen zaten.

De langdurig zorgafhankelijke geesteszieken die op de verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen waren achtergebleven of daar terechtkwamen, hadden evenmin veel baat bij zorgvernieuwing en vermaatschappelijking. Verschillende onderzoeken suggereerden dat een groot deel van de chronische ziekenhuisbevolking te gemakkelijk werd afgeschreven en beter af zou zijn in beschermende woonvormen en andere semimurale en ambulante zorgvoorzieningen. Over het aantal van hen dat nog over mogelijkheden tot zelfredzaamheid zou beschikken, liepen de schattingen uiteen van tien tot maar liefst negentig procent. Volgens de meest optimistische inschattingen zou eigenlijk alleen een harde kern van ongeveer 1.600 zeer hulpbehoevende en/of gedragsgestoorde patiënten op de alomvattende ziekenhuiszorg zijn aangewezen.[3682] In hoeverre dergelijke vaststellingen reëel waren, kunnen wij moeilijk beoordelen. Het is ook de vraag of het merendeel van de chronische patiënten zelf de behoefte voelde om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten. Voor velen betekende elke verandering in hun levenssituatie wellicht een bedreiging van de rust, bescherming, voorspelbaarheid en

---

[3680] Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996, 1278.
[3681] Borgesius en Brunenberg 1996, 1277-1278.
[3682] Hoekstra en Mur-Veeman 1989; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 18; Van der Werf 1996; Borgesius en Brunenberg 1999; vergelijk Henkelman en Faber 1996.

overzichtelijkheid waaraan ze zo gewend waren. Al in 1987 had een studiegroep die zich over de problematiek van chronische geestesziekte boog, in haar rapport *Chroniciteit, Invaliditeit en Voorzieningen* (1987) gewaarschuwd voor 'een politiek-ideologisch substitutiebeleid': niet alle patiënten zouden daarbij gebaat zijn.[3683]

Feit was dat aan het eind van de twintigste eeuw nog altijd meer dan 12.000 geesteszieken langdurig in psychiatrische ziekenhuizen verbleven en dat hun leefomstandigheden verre van optimaal waren. Naar aanleiding van een brandbrief van een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin melding werd gemaakt van een verschraling van de zorg voor chronische patiënten als gevolg van financiële krapte, gaven Borst-Eilers en GGz-Nederland het Trimbos-instituut opdracht tot een onderzoek. De resultaten ervan verschenen in 2001 onder de veelzeggende titel *Een keten van lege zondagen*. Het rapport, dat was gebaseerd op de bevindingen in zes psychiatrische ziekenhuizen, bood een onthutsend beeld van het dagelijks bestaan van verblijfspatiënten. Door de ontoereikende financiële middelen en het tekort aan gekwalificeerd personeel voldeed de zorg niet aan de standaard zoals die door een groep deskundigen was vastgesteld. Het ontbrak aan behandelmogelijkheden en vooral aan dagactiviteiten. Patiënten brachten hun dagen grotendeels in ledigheid door. De woonomgeving en de voeding lieten te wensen over. Op zak- en kleedgeld was gekort. Dagbestedingscentra waren door het ontbreken van vervoer onbereikbaar. Het leek erop dat deze patiënten niet alleen slachtoffer waren geworden van de bezuinigingen die in de jaren 1994-1998 waren doorgevoerd, maar ook van de verdeling van de financiële middelen in de geestelijke gezondheidszorg.[3684] Volgens de onderzoekers had de overheid de kosten van de extramuralisering, de zorgvernieuwing en de nagestreefde samenwerking tussen de verschillende voorzieningen onderschat en ging er verhoudingsgewijs meer geld naar behandelafdelingen voor acute patiënten dan naar verblijfsafdelingen van chronische geesteszieken. 'Opvallend is de bevinding', zo luidde hun conclusie, 'dat de patiënten die op grond van hun kenmerken de meeste hulp zouden behoeven, in alle ziekenhuizen de minste directe hulp krijgen. Dat zou er op kunnen wijzen dat deze patiënten min of meer zijn "opgegeven" en dat de meeste directe hulp naar degenen gaat die het beste zijn te benaderen.'[3685]

De 'zondagse leegte' was niet alleen een probleem voor verblijfspatiënten in psychiatrische ziekenhuizen, maar, zoals eerder opgemerkt, ook voor chronische geesteszieken in beschermende woonvormen. Het gebrek aan dagbesteding was niet alleen te wijten aan het tekort aan faciliteiten, maar het was ook een onbedoeld gevolg van de grotere vrijheid die zij vanaf de jaren zeventig door de democratisering hadden gekregen. Door het verdwijnen van de traditionele inrichting, die het dagelijks levensritme van patiënten geheel bepaalde, alsook de afschaffing van de verplichting om aan allerlei werkverschaffings- en bezigheidsactiviteiten deel te nemen, kregen zij meer verantwoordelijkheid om hun dagelijkse leven zelf vorm te geven. Voor velen was dat te veel gevraagd.[3686] In de psychiatrische ziekenhuizen verergerde deze problematiek als

---

[3683] Van Borssum Waalkes 1991a, 80; Henkelman en De Ruiter 1991, 74.
[3684] In het regeerakkoord van het tweede kabinet Kok werd voor het eerst geen extra geld meer uitgetrokken voor de geestelijke gezondheidszorg.
[3685] Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 51; vergelijk Petry 1988a en Wennink 1989, 646.
[3686] Dröes 1990, 9; Henkelman 2006, 53; Mensink et al. 2006, 70.

gevolg van bezuinigingen en de toenemende werkdruk waaronder verpleegkundigen gebukt gingen. Budgetkortingen aan het eind van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig brachten met zich mee dat ziekenhuizen steeds meer kosten aan patiënten doorberekenden en dat hun eigen bijdragen omhoog gingen. Daardoor hielden zij minder geld over om voor zichzelf te besteden en dat belemmerde hun mogelijkheden om allerlei activiteiten te ondernemen. In 1988 publiceerden patiëntenorganisaties het manifest *Armoe troef*. De toenemende standaardisering en rationalisering van de verpleegkundige beroepsuitoefening konden ten koste gaan van persoonlijke aandacht en de communicatie met patiënten.[3687] De kwaliteit van de zorg kwam onder druk te staan toen ziekenhuisdirecties noodgedwongen de omvang van de vanaf de jaren zeventig verkleinde leefgroepen weer vergrootten en minder en jonger verplegend personeel in dienst namen.[3688] Naar aanleiding van loonconflicten en bezuinigingen gingen verpleegkundigen in 1989 en 1993 massaal de straat op om uiting te geven aan de 'witte woede'.[3689]

5.3.4. *'Marie, word wijzer!' Een psychiatrisch-verpleegkundige carrière*

Jeanne Derks (1963), opgegroeid in een katholiek boerenmilieu, werd in haar vroege jeugd getroffen door het lot van enkele verstandelijk gehandicapte meisjes in haar dorp.[3690] Voor zulke mensen wilde ze graag zorgen. Ze hoopte zich te kunnen opgeven voor de opleiding in zwakzinnigenzorg, maar toen ze haar MAVO opleiding had afgerond bleek ze daar te jong voor. Wel kon ze kiezen voor het volgen van een MBO-opleiding Inrichtingswerk: één jaar school, één jaar werken en dan weer één jaar school. Op haar MAVO had ze vaak affiches zien hangen: 'Marie, word wijzer!' Deze oproep aan jonge vrouwen om zolang mogelijk door te leren had ze in haar oren geknoopt. Ze besefte dat ze met een officieel MBO-diploma een goede basis zou hebben om verder te komen. Zo gaf ze zich op voor de opleiding MBO-Inrichtingswerk in Berg en Dal bij Nijmegen. Dat was een linkse school. Haar ouders werden zelfs door kennissen en buren gewaarschuwd voor het 'aankomend bederf' van hun dochter. Ze lieten haar echter niet vallen: zelf waren ze ook altijd sociaal geëngageerd geweest. Ze zaten in tal van besturen en moeder had vroeger zelf de droom gekoesterd maatschappelijk werkster te worden. Bovendien was het vertrouwen in hun dochter groter dan hun schrik voor de linkse buitenwereld.

> Het was de tijd van de kraakbeweging. In 1981 braken grote rellen uit in de Piersonstraat te Nijmegen. Opeens zat ik als jong boerenmeisje temidden van allemaal punkers uit Nijmegen die kozen voor 'politiserende hulpverlening'. Ik vond het machtig interessant en bovendien kon ik het best met die lui vinden en omgekeerd. We lazen boeken van Abram de Swaan, Anja Meulenbelt, Ivan Illich,

---

[3687] Henkelman 2006, 55.

[3688] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 27; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 17, 21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39; Van Borssum Waalkes 1991a, 27-30.

[3689] Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 31, 36; Willemse 2006.

[3690] Dit portret is gebaseerd op een interview van G.J.C. aan de Stegge met J. Derks. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding; Derks en Zwanikken-Leenders 2005.

Hans Achterhuis. De contextuele benadering werd mij met de paplepel ingegoten: maatschappelijke ontwikkeling, klasse, religie, alles was bepalend voor hoe een mens zich ontwikkelde. Als practicus onthield ik vooral wat ik als hulpverlener met dat inzicht zou kunnen als ik het idee omkeerde: 'Wie mensen echt wil helpen, behoort in hun eigen sociale context steun daarvoor te vinden.' In mijn stagejaar, 1981, ging ik werken en wonen op het terrein van Maria Roepaan te Ottersum. In het begin vond ik dat lastig. Als boerendochter had ik nooit geleerd met vrije tijd om te gaan. Op een boerenbedrijf word je immers in beslag genomen door het werk dat gedaan moet worden. Toch leerde ik gaandeweg een eigen netwerk opbouwen, spelletjes doen, risken, kaarten en naar het café gaan. Het veelvuldig 'stappen' was voor mij denk ik wel een uitlaatklep voor moeilijke situaties waar we op de afdeling mee te maken hadden. Ik werkte bijvoorbeeld op een afdeling met vrouwen die nogal wat gedragsproblemen vertoonden: ze automutileerden, vertoonden claimend gedrag, of gedroegen zich grensoverschrijdend. Ik had het idee dat ik anders op hen reageerde dan veel van mijn collega's. Die waren nogal veroordelend naar de patiënten. Dat leek mij niet de meest adequate manier om met hun gedrag om te gaan. Ik wilde er meer van weten, er meer van begrijpen en onderzoeken wat de beste aanpak was. Daarom besloot ik na de afsluiting van de MBO ook nog de B-opleiding te volgen. Dit voornemen wekte om mij heen grote verbazing. Een B-diploma behalen was in linkse kringen ook jaren na de rellen om Dennendal niet bepaald populair. Gelukkig heb ik me daar niet door laten beïnvloeden. Na wat sollicitaties vond ik van alle inrichtingen in mijn regio de sfeer op Huize Padua te Boekel het prettigst. Dat kwam waarschijnlijk ook omdat het een katholieke instelling was. In Wolfheze was van mij geëist dat ik met de protestants-christelijke patiënten moest meebidden. Dat wilde ik niet. Ik wilde hun bidden best respecteren, maar op bevel meebidden ging me te ver.

Ik ben nog steeds erg tevreden over de B-opleiding die ik op Padua gehad heb. Alleen al het model van de B-opleiding, met het zelfstandig wonen, een salaris verdienen en onderwijl een vak leren vond ik geweldig. Wat ik daarnaast ook goed vond was dat ik een praktijkbegeleider kreeg toegewezen die mij drie jaar lang bleef volgen. Deze man keek goed hoe ik was, hoe ik me ontwikkelde en wat ik nog moest leren. Misschien hadden ze op Huize Padua wel gewoon direct door dat ik, ondanks mijn MAVO-diploma, met wat extra aandacht een heel eind zou komen. Wij moesten steeds zes weken aaneen werken en kregen dan weer een week les van ervaren personeelsleden: psychiaters, psychologen, de huisarts en verpleegkundigen. Theorie en praktijk sloten naadloos op elkaar aan. Voor psychiatrie kregen we *Hoofdsom der Psychiatrie* en *Neurosenleer* van P.C. Kuiper. Het Opleidings Praktijk en Oefenboek vond ik nuttig. Je kon exact bijhouden wat je al geleerd had en wat je nog moest ontwikkelen. De verpleegkundigen die ons begeleidden waren trots op hun vak. Jos Verdel, een religieuze broeder, droeg vol vuur uit dat het op het terrein van een inrichting het belangrijkste was dat je als verpleegkundige de patiënten het gevoel gaf dat je hen zag staan: dat je hen begroette als je ze tegenkwam en even stil stond om een praatje met hen te maken. Ik dacht wel eens, 'nou, als dat alles is…' Maar achteraf moet ik zeggen dat dit inderdaad het allerbelangrijkste is wat hij mij geleerd heeft:

tijd maken en aandacht geven aan de patiënten beschouw ik nog altijd als de basis van mijn vak. Ook zie ik hem nòg de woorden ‘holistische verpleegkunde’ op het bord schrijven. We werden er dus zeer van doordrongen dat de mens méér is dan ziekte alleen. Geest, Lichaam en Omgeving werden benadrukt en ook was er aandacht voor zingeving. Gaandeweg hebben al deze aspecten voor mij natuurlijk meer betekenis gekregen, omdat ik ouder werd, meer levenservaring kreeg en steeds beter ging snappen wat er precies mee bedoeld werd.

Ook het verpleegkundig werk zelf vond ik interessant. Ooit werkte ik bijvoorbeeld op een verblijfsafdeling met twintig mannen. Daar waren een aantal mensen bij met schizofrenie en de daarbij ontstane defecten. Ik vond dit heel bijzondere mannen, ieder met een eigen verhaal. Ik zag hun zorgbehoefte wel, maar vond het vooral prachtig en ook heel leerzaam om met hen om te gaan. Die omgang vraagt namelijk geduld, grote interesse en inlevingsvermogen. Ik leerde om steeds weer te checken of wij wel datgene boden wat zo’n man zelf wenste of nodig had, in plaats van onze interpretatie daarvan. Slechts enkele mensen vond ik lastig om mee om te gaan, omdat ik wist dat daarmee erg veel aan de hand was of omdat ze voortdurend de grens van het toelaatbare opzochten. Toch kwam ik daar altijd wel uit. Deze bewoners leerden mij immers ook om mijn eigen grenzen te kennen en kenbaar te maken. Ik kon dus mezelf bij hen blijven. Dat was belangrijk. Bovendien was er altijd de mogelijkheid om even met iemand te overleggen. Dat voelde over het algemeen ook wel veilig.

Huize Padua was een vrij hechte en betrokken gemeenschap. Wij vonden het als leerlingen geen probleem als we eens terug moesten komen in vrije tijd, om een afdelingsfeest of een hoogtijdag goed te laten verlopen. De reden daarvoor was, dat we als collega’s doorgaans onderling bevriend waren. In de vrije tijd iets met de patiënten doen was voor ons dus geen straf. Dat vonden we zelf ook gezellig. Na mijn opleiding kreeg ik per direct een baan in Huize Padua aangeboden. Toch heb ik die na twee jaar vaarwel gezegd. De besloten cultuur van deze instelling met de bijbehorende sociale controle en patriarchale trekjes begon me te irriteren. Naarmate ik me meer bewust werd van allerlei zaken ging ik mij verzetten tegen de behoudende opvattingen die er nog waren, zoals die over de rol van mannen of vrouwen. Ook de machtsverschillen tussen patiënten en hulpverleners stoorden mij. Ik streed tegen ongelijkheid.

Ik ging ook weg omdat ik weer wilde leren. Ik heb me toen ingeschreven op de dagopleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige aan de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen. Daar werd ik toegelaten op basis van mijn B-diploma en twee jaar werkervaring als gediplomeerde. De studiebeurs die ik kreeg, was geen vetpot, maar ik kon mijn inkomsten natuurlijk incidenteel aanvullen met geld dat ik verdiende met af en toe invallen in de zorg. Ik kwam terecht in een lesgroep van ongeveer vijftien mensen vanuit het hele land. Sommigen wilden bedrijfsverpleegkundige worden, anderen wijkverpleegkundige, sommigen net als ik sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. We volgden een gemeenschappelijk basistraject, met daarbovenop een aantal keuzevakken die specifiek waren voor het werkveld van onze keuze. Wat ik vooral leerde was hoe je gesprekstechniek inbedt in een hulpverleningsrelatie, plus een paar specifieke communicatiestrategieën zoals de directieve en de

paradoxale aanpak en de uitgangspunten van de systeemtherapie. De gesprekstechniek was voor mij het belangrijkst: contact leggen, een werkrelatie aangaan, samenwerken met de patiënt, doorvragen, de hulpvraag verduidelijken, teruggeven en checken, systematisch werken. Hóe ik dat precies leerde kan ik niet zeggen. De Hogere School gebruikte vaak readers met artikelen uit allerlei richtingen, al waren er een paar standaardwerken die je niet mocht missen, zoals die van de sociaal psychiaters Marius Romme, Jack Jenner en Berthold Gersons, en de verpleegkundige theoretici Bien van den Brink-Tjebbes en Dorothea Orem.

Ik liep stage op de RIAGG Rivierenland. Ooit had ik daar een casus die een markeringspunt voor mij vormde. Er kwam een boerin op spreekuur met haar dochter, die verpleegkundige was. Die was ongeveer net zo oud als ik. De verpleegkundige was na thuiskomst uit een buitenland plotseling suïcidaal geworden. Het gezin was zwaar gereformeerd; de vader wilde helemaal geen contact met de hulpverlening en de beide bezoeksters stonden hier eveneens zeer huiverig tegenover. Mijn opdracht was contact met moeder en dochter te maken en het meisje te motiveren voor de hulpverlening. Ik ben heel rustig naar hen gaan luisteren. Ik wilde eerst weten: 'Wie zijn deze mensen, wat beweegt hen, wat willen zij, wat zou het beste aansluiten op hun hulpvraag?' Op grond van deze anamnese besloot ik hen door te verwijzen naar de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg. Kortom: ik zag hun probleem, maar besefte dat noch ik, noch iemand anders van onze RIAGG dit zou kunnen oplossen en dat ik hen beter kon doorverwijzen. Deze mensen waren mij zó dankbaar dat ze mij een Bijbel cadeau gaven. Die ligt nog steeds bij mij thuis op een mooie plaats; ik ben er echt trots op. Ook mijn begeleiders waren heel tevreden dat ik met deze mensen het gesprek gaande heb weten te houden. Ze zijn ook echt bij een gereformeerde hulpverleningsinstelling terecht gekomen.

Toen ik in 1991 mijn SPV-diploma behaalde was er weinig werk. Wat te doen? Ik had niet erg veel zin in een baan bij de RIAGG want destijds zaten alle SPV-en de godganselijke dag in een kantoor en dat trok me helemaal niet. Ik heb toen besloten een paar jaar te gaan werken bij de Maatschappelijke Opvang in Nijmegen: een soort crisisopvang waar ze twintig individuen en twaalf gezinnen konden herbergen. Het werd een interessante tijd: ik zag wel eens oude bekenden van school die wèl drugs gebruikt hadden en dan prees ik mezelf gelukkig dat ik er nooit aan begonnen was. Van de psychologen en maatschappelijk werkers daar heb ik het echte sociaal-psychiatrische handwerk geleerd: hoe je contact legt en onderhoudt met de politie, de gemeente, de sociale dienst enzovoorts. Ik kreeg (opnieuw) supervisie en leerde alles wat ik deed goed te verwoorden. Een lastige casus hier was een man met borderline-problematiek die zeer ernstig *acting out* gedrag vertoonde. Mijn collega’s waren allemaal een beetje bang voor die man. Die angst had ik niet. Ik had genoeg ervaring in de psychiatrie om op hem af te kunnen stappen en hem te confronteren met de mogelijkheden, maar ook met de beperkingen van de maatschappelijke opvang. Uiteindelijk is daardoor een vertrouwensrelatie tussen ons gegroeid en bleef die man ook daadwerkelijk ‘van de straat’. Hij bleef bij ons opgenomen en kon zodoende rustig een meer ingrijpende opname in een therapeutische gemeenschap voorbereiden.

Naast het werk in de Opvang werkte ik elke week acht uur bij Rivierenland als freelancer in de ziektedienst, om mijn netwerk te onderhouden en met het oog op mijn verdere loopbaan. Uiteindelijk heb ik zo in 1994 toch bij de RIAGG Arnhem (later: Gelderse Roos) gesolliciteerd en werd aangenomen. Daar kreeg ik in 1996 de kans de Voortgezette Opleiding tot SPV te volgen in Utrecht. Die opleiding leerde mij met grote afstand naar mijn eigen functioneren te kijken: 'Wat doe ik, waarom en hoe doe ik dat en hoe zou ik deze aanpak binnen een theoretisch kader kunnen plaatsen en daardoor beter verantwoorden?' Ik vind zelf dat ik best een eind gekomen ben, simpelweg door me steeds de affiche van 'Marie, word wijzer' voor ogen te stellen. Steeds opnieuw heb ik weer andere opleidingen gevolgd. Bovendien ben ik van 2001 tot 2005 voorzitter geweest van de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen. Dat waren tropenjaren.

In 2004 kreeg ik een andere baan en ik werk nu als coördinator consultatie GGZ in de eerste lijn. Mijn taak is ervoor te zorgen dat de specifieke deskundigheid van de GGZ beschikbaar komt in de eerste-lijnsgezondheidszorg zodat deze versterkt wordt en alle betrokkenen rondom een cliënt met elkaar samenwerken en diens belang centraal stellen. Daarnaast werk ik als consulterend SPV in een aantal huisartsenpraktijken. Ik draai daar zelfstandig spreekuur. Dat is heel interessant werk. Regelmatig kom ik ook vrouwen tegen zoals ik, met als enige verschil dat zij toevallig níet het geluk hadden die affiche van 'Marie' te hebben gezien. Die vrouwen zijn opgebrand, en hebben last van angstklachten of depressieve klachten omdat ze na het opvoeden van hun kinderen zó hard werken en zó veel geven in een klein baantje binnen de verpleeghuiszorg dat ze het niet meer aankunnen. Ik probeer hen te helpen zich bewust te worden van de omstandigheden waarin ze verkeren en help hen zoeken naar oplossingen die bij hen passen om te kunnen herstellen of zich verder te ontwikkelen. Ik ervaar dat als heel bevredigend en zinvol werk. In principe is aan mijn eigen waardering voor verpleegkundig werk in de psychiatrie door de jaren heen dus niets veranderd. Het is slechts de cultuur in de geestelijke gezondheidszorg die is veranderd. Vandaag de dag is er een dikke laag managers die zichzelf aan het werk houdt. Dat is storend. Dat ze er zijn ligt aan de schaalvergroting. Een leuker effect van de schaalvergroting is dat vandaag de dag veel meer onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van interventies in de psychiatrie. Immers: als de schaal van een organisatie groter wordt, moeten diverse mensen bij elkaar in de keuken kijken. Ook komen door de bundeling van krachten meer middelen beschikbaar om onderzoek te doen en te verantwoorden wat we doen.

De schaalvergroting heeft dus, net als alle andere dingen in het leven, twee kanten. Ook iedere cliënt is uniek en bijzonder met sterke en minder sterke, leuke en minder leuke kanten. Ieder mens heeft recht op kwaliteit van leven en wat dat is, ligt voor iedere persoon weer anders. Het is de taak van ons als hulpverleners daarop aan te sluiten en hen precies die voorlichting en uitleg te geven waar zij behoefte aan hebben. Deze kennisvermeerdering kan hen helpen om andere keuzes te maken die op korte of lange duur hun kwaliteit van leven verbeteren. In de op productiecijfers gerichte bedrijfscultuur van de geestelijke gezondheidszorg anno 2007 is er echter niet altijd genoeg tijd om zo ver te gaan in het leveren van

‘zorg op maat’. Ik betreur het dan ook dat gedurende de laatste vijf jaar, zeg maar na de dood van Pim Fortuyn, de bereidheid om te investeren in psychiatrische patiënten zo is afgenomen. De polarisering binnen onze multiculturele samenleving maakt de mensen bang voor iedereen die ‘anders’ is dan de norm. Samen met nog enkele andere afwijkende groepen zijn juist psychiatrische patiënten dan al gauw het kind van de rekening. Ik betrap mezelf er de laatste tijd wel eens op dat ik met weemoed denk aan die tijd op Huize Padua: de betrokkenheid tussen personeel en patiënten die ik daar heb ervaren was nog niet zo gek.

5.3.5. *De verpleegkunde: professionalisering ten tijde van deregulering*

De ontwikkelingen in de opleidingen van psychiatrisch verpleegkundigen tussen 1986 en 2005 leken haaks te staan op die in hun beroepsuitoefening en -organisatie.[3691] Als gevolg van hun integratie in de nieuwe algemene opleiding tot ‘generiek verpleegkundige’ verdwenen specifieke opleidingen, zoals die tot psychiatrisch verpleegkundige en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Europese regelgeving en de Wet BIG, die alleen de ‘verpleegkundige’ erkenden, luidden het eind in van de titel psychiatrisch verpleegkundige. Tegelijkertijd onderging het takenpakket van ‘de verpleegkundige in de GGz’, waarvan vanaf 1996 sprake was, een duidelijke profilering als gevolg van nieuwe wetgeving (vooral met betrekking tot de rechtspositie van de patiënt en het tuchtrecht voor verpleegkundigen), deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen, schaalverkleining van afdelingen en zorgvernieuwingsprojecten.[3692] Zoals de loopbaan van Jeanne Derks illustreert, ging de verpleegkundige op steeds meer plaatsen in de (geestelijke) gezondheidszorg een centrale rol vervullen als indicatiesteller, consultant of coördinator van zorg, onder meer in de psychiatrische intensieve thuiszorg, als ‘GGz-verpleegkundige’ bij de huisarts, als consultatief verpleegkundige op de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis of in het verpleeghuis.[3693] In dergelijke functies hadden verpleegkundigen juist zeer specifieke kennis nodig en moesten zij vaak zelfstandig beslissingen nemen. De grotere verantwoordelijkheid van verpleegkundigen op de werkvloer stond in schril contrast met hun afnemende invloed op het beleid van de steeds grootschaliger zorginstellingen. Verpleegkundigen namen nog maar zelden een leidinggevende positie in en naar hun idee nam de afstand tussen het beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en hun beroepspraktijk toe.[3694] Ten einde greep te houden op hun werksituatie, een tegenwicht te bieden tegen het streven naar uniformering van de verpleegkunde en voldoende aandacht te krijgen voor hun specialisatie in de verpleegkundige wereld richtten psychiatrisch verpleegkundigen beroepsverenigingen op, sinds 2000 verenigd in de Federatie Verpleegkunde in de GGz in oprichting.[3695]

[3691] Met dank aan G.J.C. aan de Stegge, die de basistekst voor deze paragraaf leverde.
[3692] Piepenbrink 1986; De Vries 1986; Vermeeren et al. 1991; Verpleegkundige Staf St. Elisabethsgasthuis/Brinkgreven 1996.
[3693] Smit 1992; Vesseur 1997; Van Dijk et al. 1998; De Leeuw en Raben 1999; Boomsma, Dingemans en Van den Heuvel 1999; Bosman en De Lange 2002.
[3694] Werner 1991; Kapteijns, Debbaut en Koopman 1993; Van Dijk et al. 1998; Kingma 2002.
[3695] Pol 1997; Raben 2002. De federatie zou in 2007 als ‘vakcommissie GGz’ opgaan in een nog grotere organisatie: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Om deze ontwikkelingen te verhelderen, moeten we terug naar het begin van de jaren tachtig. In reactie op het kabinetsbesluit van 1980 om het inservice-onderwijs op termijn af te bouwen ten gunste van dagonderwijs, riep staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne E. Veder-Smit binnen de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen een speciale afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen en Opleidingen in het leven. Hiermee deed zich medio jaren tachtig een tweede beleidsinstantie gelden naast de in 1975 opgerichte Commissie Opleiding Ziekenverpleging-B van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[3696] Doordat op het ministerie geen ambtenaren met een psychiatrisch verpleegkundige achtergrond werkten, bestond daar weinig begrip voor de B-opleiding.[3697] Onder invloed van Europese regelgeving en de komende Wet BIG voer de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen een koers die was gericht op de uniformering van de diverse verpleegkundige opleidingsregelingen in Nederland.[3698] Binnen de Wet BIG zouden geen A-, B-, of Z-verpleegkundigen erkend worden, doch slechts breed inzetbare 'verpleegkundigen', die op basis van een gemeenschappelijke basisopleiding gemakkelijk zouden kunnen wisselen tussen diverse sectoren in de gezondheidszorg. De nieuwe wet onderscheidde twee beschermde en onder het verpleegkundige tuchtrecht vallende titels: de 'verpleegkundige artikel 3' met een MBO-, HBO- of inservice-opleiding en de 'verpleegkundig specialist artikel 14' met een opleiding op masterniveau.

Het deskundigheidsgebied van de artikel 3 verpleegkundige bestond uit het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging alsook het in opdracht van een andere beroepsbeoefenaar verrichten van handelingen die aansloten op diens diagnostische en/of therapeutische werkzaamheden. In de Wet BIG was voor verpleegkundigen een zogenaamde 'functionele zelfstandigheid' voorzien: een regeling voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg die weliswaar niet zelfstandig bevoegd waren, maar in de praktijk toch met een grote mate van zelfstandigheid aan hen opgedragen 'voorbehouden handelingen' verrichtten. Hierbij ging het met name om handelingen waarbij in het lichaam van de patiënt werd doorgedrongen: injectie, punctie, catheterisatie of vergelijkbare ingrepen. Specifiek voor de psychiatrie relevante handelingen, zoals het toepassen van dwangmiddelen en -maatregelen, kwamen echter niet voor in de wetstekst. Voor de titel van de nog te creëren 'verpleegkundig specialist artikel 14' zou een erkende specialistische opleiding op een deelgebied van de verpleegkunde vereist zijn. Op basis van een zelfstandige behandelrelatie met de patiënt was deze bevoegd diagnoses te stellen, te indiceren en te beslissen over uit te voeren interventies binnen het eigen deskundigheidsgebied. Ook zouden anderen rechtstreeks patiënten naar een verpleegkundig specialist kunnen verwijzen. In 2004 keurde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de regeling voor het aanvragen van een verpleegkundig specialisme goed en werd de nationale koepelorganisatie van verpleegkundige en verzorgende beroepsorganisaties, de

[3696] Zie 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?
[3697] Informatie van onderwijskundige E.W.F. Luder; Notulen Commissie OZB, 6 augustus 1980. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3698] Mondelinge informatie van B.H. de Rave tijdens gesprek met G.J.C. aan de Stegge, d.d. 20-12-2001.

Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden, belast met de opdracht een College Specialismen Verpleegkunde te installeren.[3699]

Teneinde wederzijdse erkenning van verpleegkundige diploma's en onderlinge uitwisseling van verpleegkundigen mogelijk te maken tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap werden vanaf het eind van de jaren zeventig Europese richtlijnen opgesteld met betrekking tot de algemene verpleegkundige opleiding. Aanvankelijk kwam de Nederlandse verpleegkunde hieraan niet tegemoet. Zo voldeden alleen de MBO- en HBO-opleidingen in het dagonderwijs, die begin jaren tachtig nog slechts een fractie van de Nederlandse verpleegkundigen opleidden, aan de verplichting om 1535 uur theoretisch onderwijs aan te bieden. Aangezien het theoriedeel van de inservice-opleidingen aanpassing behoefde, werkte de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen van het ministerie, die de eindverantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van leerplannen naar zich toetrok, vanaf 1983 aan een 'algemene regeling voor inservice-opleidingen'.[3700]

Tegelijkertijd stagneerde de toestroom van nieuwe leerlingen, onder meer als gevolg van het dalend geboortecijfer vanaf 1965, de onzekerheid over het voortbestaan van de inservice-opleiding en de aantrekkingskracht van andere, nieuwe deelterreinen in de zorg, zoals sociaalpedagogische hulpverlening of activiteitenbegeleiding. Om het dreigende tekort aan gediplomeerde verpleegkundigen in de psychiatrie en verpleeghuiszorg op te vangen en vanwege de achterblijvende capaciteit van de MBO- en HBO-opleidingen drong de Nationale Ziekenhuisraad in 1985 aan op een intensivering van de werving van inservice-leerlingen, niet alleen onder jongeren, maar ook onder werkloze volwassenen.[3701] Een jaar eerder had de vakbondsbestuurder P. Hijzen in het kader van de bestrijding van de (jeugd)werkloosheid voorgesteld om arbeidsduurverkorting gekoppeld aan onderwijsvernieuwing in te zetten als instrument om nieuwe, extra arbeidsplaatsen in de zorg te creëren.[3702] Door het aantal uren theoretisch onderwijs in de inservice-opleidingen op te trekken, deze te laten vallen in een verlengde Beroeps Voorbereidende Periode waarin de leerlingen 'student' en geen 'werknemer' waren en hen een extra arbeidsduurverkorting op te leggen van twee uur per week, zouden de salarissen van inservice-leerlingen verlaagd kunnen worden, waardoor er geld vrijkwam voor minstens 6.500 extra banen in de zorgsector. Ondanks alle kritiek op dit plan - vanuit de Inspecties voor de (Geestelijke) Volksgezondheid, de Nationale Ziekenhuisraad, het Nationaal Ziekenhuisinstituut en het dag- en inservice-onderwijs - werd het in 1985 onder de titel *WVC leerlingenplan* ondertekend door staatssecretaris Van der Reijden en de werkgevers- en werknemersbonden om in het jaar daarop van kracht te worden.[3703]

[3699] Sindram 1997; Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidings Continuüm 2006, 22-24; Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2004.

[3700] Notulen 29-11-1983. Commissie Opleiding B-ziekenverpleging. Archief G.J.C. aan de Stegge.

[3701] Nationale Ziekenhuisraad 1985, 26.

[3702] Mondelinge mededeling P. Hijzen tijdens interview door G.J.C. aan de Stegge met P. Hijzen, d.d. 1-6-2004; vergelijk Van Hall 1986.

[3703] Brief van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, W.J.Chr. van Gestel en de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, J.B. van Borssum Waalkes, aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, d.d. 26-2-1985, kenmerk GHI/VVB 182515, semi-statisch archief van het Ministerie van VWS, directie GBO, 1.772.531; Hogewind en Van der Windt 1986a; Commissie Opleiding Ziekenverpleging B,

Voor de B-opleiding betekende de nieuwe regeling dat van de totale duur van drie jaar en vier maanden, bijna 1.600 uren onder het theoretische deel, inclusief een stage en praktijkleerperiodes, kwamen te vallen. Vergeleken met de regeling van 1975 was ook de inhoud van de opleiding veranderd. Het accent verschoof van de sociaal-agogische vakken naar het vak verpleegkunde met een eigen aandachtsgebied: 'het ondersteunen en/of overnemen van zelfzorg.'[3704] In navolging van vooral Amerikaanse theorieën over verplegen won het idee veld dat de verpleegkundige moest aansluiten op wat de patiënt nog wel kon (het 'gezonde stuk') in plaats van op wat deze niet meer kon (het 'zieke stuk').[3705] Op basis van dit uitgangspunt werden binnen de B-opleiding vijf interdisciplinaire 'leergebieden' onderscheiden: verpleegkunde, gezondheidsleer, ziekteleer, keuze-uren en tot slot methoden en technieken. De sociaal-agogische vakken, die in de regeling van 1975 de helft van alle theorie-uren opeisten, kregen nu als onderdeel van 'methoden en technieken', het leergebied dat al het onderwijs in verpleegtechnische, observatorische, organisatorische en communicatieve vaardigheden omvatte, veel minder aandacht.

Gelijktijdig met de nieuwe opleidingsregeling publiceerde de Werkgroep Herziening B-opleiding het *Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige*. Daarin verscheen de patiënt als 'cliënt', die vanuit een holistische mensvisie benaderd diende te worden als een mens met groeipotentie, een eigen leefomgeving en een eigen betekenisgeving. De verpleegkundige hulpverlening moest aansluiten bij diens waarden en individualiteit. De definitie van psychiatrische verpleegkunde bleef de definitie van J.A.M. Kerstens uit 1974, waarin de nadruk lag op de verpleegkundige begeleiding van de patiënt van afhankelijkheid naar onafhankelijkheid. Daarnaast werd het vak in het *Beroepsprofiel* omschreven als 'de leer omtrent het communiceren met mensen, die blijvende of tijdelijke tekorten vertonen in hun communicatief vermogen'. De psychiatrisch verpleegkundige zou zich vooral moeten richten op geestelijke, psychologische en sociale factoren en de invloed daarvan op psychische en somatische ziektetoestanden. Voor het vaststellen van 'zelfzorgtekorten' dienden niet alleen de 'problemen' maar ook de 'behoeften, verlangens en doelstellingen' van de cliënten aandacht te krijgen.[3706]

Niettegenstaande de accentverschuiving in de opleiding stond in het *Beroepsprofiel*, evenals in de regeling van 1975, de communicatie met de patiënt voorop. Op deze wijze probeerden de docenten in de Werkgroep Herziening B-opleiding zoveel mogelijk vast te houden aan de eigen identiteit van de psychiatrische verpleegkunde. Daar kwam nu het methodisch werken en rapporteren bij. De diagnose van zelfzorgtekorten diende te leiden tot 'omschreven verplegingssituaties' waarin de verpleegkundige activiteiten ontplooide om de vastgestelde 'zelfzorgtekorten' op te heffen of 'zelfzorgactiviteiten' te ondersteunen. Daarbij moest hij of zij het tussenmenselijke contact tussen zichzelf en de cliënt als een 'therapeutische relatie' hanteren en daarbij reflecteren op de eigen reacties, de eigen normen en waarden, en de

---

notulen 4-6-1984. Archief G.J.C. aan de Stegge; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1984; Le Grand-van den Boogaard 1988; Willemse 1985, 6-9.

[3704] Werkgroep Herziening B-opleiding 1986, 5; zie ook 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?

[3705] Orem 1986; Townsend 1990; Gordon 1995.

[3706] Werkgroep Herziening B-opleiding 1986, 2, 5-6 en 10.

kwaliteit van de interactie met de cliënt. Behalve vorm en inhoud geven aan de relatie met de cliënt en aan diens leefmilieu zou een gediplomeerd B-verpleegkundige ook in staat moeten zijn om te functioneren binnen een organisatorische structuur, zoals die van het psychiatrisch ziekenhuis, en om nieuwe verpleegkundige inzichten en ontwikkelingen toe te passen.[3707] Op deze manier stond de nieuwe B-opleiding volgens de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen op hetzelfde niveau als een HBO-opleiding.[3708]

Voor de verpleegkundigen in psychiatrische ziekenhuizen betekende de nieuwe regeling een taakverzwaring.[3709] Het methodisch werken vereiste een tijdrovende registratie van 'zelfzorgtekorten' in zogenaamde ‘verpleegplannen’. Daarnaast kregen gediplomeerden de taak om leerlingen ‘methodische praktijkbegeleiding’ te bieden en moesten zij zich hiervoor didactisch bijscholen.[3710] Niet alleen het theoriegedeelte, maar ook het praktijkleren was uitgebreid. De talrijke evaluatie- en beoordelingsmomenten vroegen veel tijd van begeleiders en leerlingen. Tegen deze achtergrond worden de gestaag stijgende klachten van patiënten en de Inspectie over ‘kantoortjesverpleging’ enigszins begrijpelijk. Ook krijgt de groeiende onvrede onder verpleegkundigen, die in 1988 tot uitbarsting kwam en in 1989 tot massale CAO-demonstraties leidde, enig reliëf.[3711] Met steeds minder werkkrachten moesten zij steeds meer en complexer wordende taken verrichten terwijl het salaris gelijk bleef en dat van leerlingen zelfs daalde. Daar kwam nog bij dat er veel onzekerheid heerste over de toekomst van de B-opleiding. Het was immers de bedoeling om al het verpleegkundig onderwijs aan dagonderwijsinstellingen over te dragen.

In 1987 kwam opnieuw een ingrijpende vernieuwing in de B-opleiding tot stand. Deze door de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid afgekondigde wijziging hing samen met het streven 2.000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen om te zetten in plaatsen in Beschermende Woonvormen.[3712] De Inspectie kondigde aan dat de B-opleiding verpleegkundigen moest scholen voor werkplekken in zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de beschermende woonvormen. (Tot dan toe waren de laatste instellingen vooral het werkterrein van de meest ervaren B-verpleegkundigen.) Voor het eerst in de twintigste eeuw werd werk op een andere plek dan het psychiatrisch ziekenhuis zo ook een onderdeel van de B-opleiding en daarmee een regulier onderdeel van het gewone psychiatrisch verpleegkundig beroep. De B-opleiding moest

---

[3707] Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid, directie GBO, afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen en Opleidingen (1986), Publicatie van een besluit van 2-1-1986, nr. 57981, tot invoering van de nieuwe Regeling Opleiding Diploma B-verpleegkundigen 1986. Zie *Nederlandse Staatscourant* 23 januari 1986, 13-14; Werkgroep Herziening B-opleiding 1986.
[3708] Brief H.R.G. Veldkamp van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, afdeling GBO, aan Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, kenmerk nr. 401512, DGVGZ/GBO/VVBO, archief Permanent Advies Orgaan B-opleiding, stuk behorend bij de vergadering van 27-4-1986, 2. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3709] Ward 1987; Townsend 1990; Arnoldus 1992.
[3710] Brief H.R.G. Veldkamp aan de directies van zorginstellingen betreffende Cursussen praktijkleiding verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, 17-4-1986, DG/ VGZ/GBO/VVBO 402295. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3711] Notermans 1989, 4.
[3712] Notulen Permanent Advies Orgaan B-opleiding, 9-9-1987. Archief G.J.C. aan de Stegge.

stageplaatsen gaan realiseren binnen beschermende woonvormen.[3713] Inspecteur S. Bangma wees er nog eens extra op dat deze instellingen met hun kernfuncties huisvesting en begeleiding nieuwe eisen aan de verpleegkundige opleiding stelden.

> Noodzakelijke leersituaties zijn leersituaties betrekking hebbende op de instandhouding en stimulering van een woonklimaat, en aan de andere kant een attitude-aspect dat zich kort laat samenvatten in '*verantwoord niets doen*' en '*leren verplegen met de handen op de rug*'.[3714]

Psychiatrisch verpleegkundigen moesten zich hierdoor voortaan sterker richten op zorgverlening aan chronische patiënten en zich intensief bezighouden met de theorie en de methodiek van 'rehabilitatie' en 'casemanagement'.[3715] Beide benaderingen brachten een zelfstandiger beroepsrol voor verpleegkundigen met zich mee.[3716] Casemanagement hield in dat verpleegkundigen samenwerking bewerkstelligden tussen alle betrokkenen (diverse andere hulpverleners, familieleden, relevante 'buitenpersonen' en de cliënt zelf) en daarbij rekening hielden met alle perspectieven.[3717] In de jaren negentig zouden verpleegkundigen in het kader van het streven naar een functionele ordening van de geestelijke gezondheidszorg de rehabilitatietheorie aangrijpen om de rol te claimen van 'eindverantwoordelijk verpleegkundig specialist' bij uitbehandelde patiënten. Bij een dergelijke grotere verantwoordelijkheid zou ook een salarisverhoging op zijn plaats zijn.[3718]

Zoals eerder aangegeven stonden bovengenoemde innovaties en de profilering van de B-opleiding op gespannen voet met het beleidsvoornemen van de overheid om deze op termijn af te bouwen. Uit een in opdracht van staatssecretaris Simons van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en minister J.J.M. Ritzen van Onderwijs en Wetenschappen uitgevoerd onderzoek naar de kosten van de voorgenomen omschakeling van inservice- naar dagonderwijs kwam in 1989 echter naar voren dat deze niet 'budgettair neutraal' haalbaar was.[3719] Daarop besloten zij dat zij het Kabinetsbesluit van 1980 niet zouden uitvoeren en spraken zij het voornemen uit alle bestaande opleidingssystemen te behouden. Daarmee leek de overdracht van het inservice-onderwijs naar het Ministerie van Onderwijs van de baan. Door middel van de financiering van regionale 'samenwerkingsexperimenten' vanaf 1991 hoopten de bewindslieden langs geleidelijke en decentrale weg een 'samenhangend opleidingsstelsel voor verpleegkundigen en verzorgenden' tot stand te brengen. [3720] Een en ander had tot

---

[3713] Notulen Permanent Advies Orgaan voor de B-opleiding, 7-1-1987. Archief G.J.C. aan de Stegge
[3714] Notulen Permanent Advies Orgaan voor de B-opleiding, 9-9-1987. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3715] Zie Van Heeswijk en Lemmens 1990; Lensen en Beetsma 1998; Klungers 2002.
[3716] Zie Meillo 1991a en Meillo 1991b; vergelijk Holman 1986, 70.
[3717] Lemmens 1990.
[3718] Wesselink 1997; Klungers 2002; Meurs en Meillo 1994.
[3719] Janssen en Langerak 1989, 17.
[3720] Brief van M.F. Hulsbosch-Smulders, directeur van de Vereniging van Opleidingsinstituten voor verplegende en verzorgende beroepen aan de vertegenwoordigers van de lidinstituten van de VOVB, 13-3-1990. Stuk in Archief Permanent Advies Orgaan B-opleiding. Archief G.J.C. aan de Stegge; Minister van Onderwijs en Wetenschappen J.M.M. Ritzen en staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur H.J. Simons aan de Tweede Kamer, 9-5-1990, Kenmerk DGVGZ/GBO/OZ-527269. Archief G.J.C. aan de Stegge.

gevolg dat het nog zes jaar onduidelijk bleef via welke leerweg (een inservice- of een dagopleiding) een jongere het best verpleegkundige kon worden.

Intussen daalde het aantal jongeren dat zich daadwerkelijk aanmeldde voor enige verpleegopleiding sterk. De instroom in de B-opleiding nam af van bijna 1.100 in 1985 tot nog geen 500 in 1996, terwijl het aantal geslaagden terugliep van bijna 800 in 1985 naar ruim 570 in 1996 en naar circa 280 in 1998.[3721] Van de afgestudeerde MBO- en HBO-verpleegkundigen koos hooguit acht procent - in 1996 nauwelijks meer dan 200 - voor een werkplek in de geestelijke gezondheidszorg.[3722] Het leek erop dat het aantal gediplomeerden volstrekt ontoereikend zou zijn om te voldoen aan de behoefte aan verpleegkundigen in de psychiatrie. Verpleegkundigen en werkgevers zagen de toekomst somber in.

In 1997 werd de B-opleiding uiteindelijk opgeheven. In het nieuwe 'samenhangend opleidingsstelsel voor verpleegkundigen en verzorgenden' vond het theoretisch onderwijs plaats op MBO- dan wel HBO-scholen, die onder verantwoordelijkheid vielen van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Het leren in de praktijk bleef de taak van de onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vallende zorginstellingen. Behalve tussen het MBO- en HBO-niveau konden studenten per opleiding ook kiezen tussen twee verschillende 'leerwegen': een beroepsopleidende leerweg, waarbij de praktijkcomponent de vorm had van stages in één of meer zorginstellingen, en een beroepsbegeleidende leerweg, waarbij het praktijkgedeelte gestalte kreeg binnen een leerarbeidsovereenkomst met één of meer zorginstellingen.[3723] Alle varianten leidden tot de generieke titel 'verpleegkundige' volgens artikel 3 van de Wet BIG. Voor de specifieke opleidingseisen van de in de geestelijke gezondheidszorg werkende verpleegkundigen zou het in 1990 opgerichte Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke instantie worden. Dit was een corporatistisch opgezet orgaan waarin beroepsgroepen, werkgevers, onderwijsinstellingen en financiers onderlinge afspraken maakten over de hoeveelheid te financieren opleidingsplaatsen voor de nascholing van bepaalde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.[3724] Eveneens in 1990 kwam er een eind aan het toezicht van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid op de psychiatrisch verpleegkundige opleidingen.[3725]

Aangezien de oprichting van het CONO was voortgevloeid uit een advies over het opleidingsbeleid binnen de RIAGG'en, waren de enige verpleegkundigen die vanaf het begin in dit orgaan zitting hadden sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen. De HBO- en de tweejarige voortgezette opleidingen voor deze specialisatie golden als een vorm van 'nascholing', omdat deze vaak na de voltooiing van een B-opleiding werden gevolgd. De in 1979 opgerichte Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen anticipeerde op het nieuwe verpleegkundig opleidingsstelsel waarin naar verwachting geen plaats meer zou zijn voor een aparte HBO-opleiding tot sociaalpsychiatrisch

---

[3721] Gerritse en Van der Windt 1991, 87; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1998, 50, tabel 6.1; Van der Windt et al. 2000, 45-46.
[3722] Van der Windt et al. 2000, 46, tabel 6.2.
[3723] Heitink en Teluy 1995, 24.
[3724] Afschrift van de acte van oprichting inzake Stichting CONO, Zoetermeer 19-12-1996, Blad 1. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3725] Notulen Permanent Advies Orgaan B-opleiding, 13-9-1989 en daarna. Archief G.J.C. aan de Stegge; Van Deelen 1992.

verpleegkundige na het behalen van een algemeen diploma HBO-verpleegkunde. De vereniging stelde dat de leerstof van de algemene HBO-opleiding volstrekt onvoldoende was om de studenten toe te rusten voor een zelfstandige en verantwoordelijke functie in de crisis- en preventie-afdeling van een RIAGG. Daarom zou de tweejarige voortgezette opleiding op termijn omgezet moeten worden in een driejarige specialistische opleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Het CONO nam dit advies eind 1995 over en zegde toe een opleidingscapaciteit van veertig plaatsen te financieren. [3726]

Tegelijkertijd ondernam de voorzitter van het CONO, J.H. Dijkhuis, pogingen om ook de 'gewone' psychiatrisch verpleegkundigen aan de CONO-tafel te krijgen. Daartoe werd G.J.C. aan de Stegge benaderd. Zij was staffunctionaris voor de verpleging in Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht en voorzitter van een netwerk van intramuraal werkzame verpleegkundigen, de Vereniging Staffunctionarissen In de Psychiatrie (STIP). Dit netwerk was tot stand gekomen naar aanleiding van het onderzoeksrapport *Verpleegkundigen zonder Uniform* (1988) van de verpleegkundigen E. Borgesius, J. de Lange en P. Meurs, die pleitten voor meer openheid en reflectie over gevoelige kwesties als het inzetten van dwangmiddelen, het omgaan met agressie, het reageren op doodswensen of suïcide(pogingen), het gebruik van macht, het omgaan met vragen van patiënten over seksualiteit, intimiteit en dergelijke. Het *beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige* schonk volgens deze onderzoekers te weinig aandacht aan de conflictueuze aspecten van de beroepspraktijk. Staffunctionarissen moesten verpleegkundigen steun bieden bij het oplossen van dilemma's en conflicten door vakinhoudelijke en ethische thema's aan de orde te stellen en intervisie te bieden. [3727] Aangezien Aan de Stegge en andere staffunctionarissen in den lande hun taak als moeilijk ervoeren omdat veel verpleegkundigen meer belang leken te hechten aan de verbetering van de arbeidsvoorwaarden en een vermindering van de werkdruk dan aan hun vakinhoudelijke ontwikkeling, besloten zij steun bij elkaar te zoeken door middel van regelmatige bijeenkomsten waarop beroepsinhoudelijke kwesties werden besproken. De Vereniging STIP, waarbij vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen zich aansloten, wist, onder andere door middel van de publicatie van een *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige* en de organisatie van goed bezochte congressen voor psychiatrisch verpleegkundigen, meer belangstelling te wekken voor de vakinhoud.[3728] Dit was overigens ook een gevolg van de loonsverhogingen na de CAO-acties in 1989 en de groeiende erkenning dat de positie van verpleegkundigen verbeterd moest worden.[3729] Nadat Aan de Stegge in 1993 een positief advies had uitgebracht over participatie van psychiatrisch verpleegkundigen in het CONO en dit orgaan daarmee had ingestemd, kwam er eind 1994 met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid naast de Vereniging STIP een voor alle psychiatrisch verpleegkundigen open staande 'nationale beroepsvereniging voor psychiatrisch verpleegkundigen' tot stand: de Nederlandse Vereniging voor

---

[3726] Centraal Orgaan Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen 1994; R. Bakker, stafmedewerker NVSPV, brief met respons op vragen over regeling verpleegkundig specialismen aan A.A.C. Vlaskamp van het LCVV, 3-1-1996. Archief CONO/COOV G.J.C. aan de Stegge.
[3727] Borgesius, De Lange en Meurs 1988; vergelijk Piepenbrink 1986 en Dassen 1989.
[3728] Aan de Stegge en Klungers 1993; Van den Berg, Klungers en Aan de Stegge 1997 [1993]; Van den Berg en Peeters-van den Bekerom 1996; Venneman 2002.
[3729] Werner 1991.

Psychiatrische Verpleegkunde.[3730] Een dergelijke vereniging was een voorwaarde voor vertegenwoordiging in het CONO. Vooruitlopend op de oprichting van een Centraal Orgaan Opleidingen voor Psychiatrisch Verpleegkundigen in 1995 bekleedde J. Klungers, psychiatrisch verpleegkundige en staffunctionaris in St. Franciscushof te Raalte, vanaf 1994 een waarnemingszetel in het CONO, waardoor de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep een stem kreeg in de beleidsvorming.[3731]

Aandacht voor de vakinhoudelijke aspecten van de psychiatrische verpleegkunde bestond ook bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[3732] De verpleegkundige A. Sijp, die in 1989 C.J.M. Nieland opvolgde als Inspecteur voor de verplegende en verzorgende beroepen, wist de Inspectie te bewegen om een aantal onderzoeken naar de beroepspraktijk te laten uitvoeren, waaruit nieuwe inzichten naar voren kwamen.[3733] Zo bleek uit het onderzoeksrapport *Separatie in de praktijk* (1992) hoe belangrijk de kwantiteit en kwaliteit van de verpleegkundige personeelsbezetting was voor de frequentie waarmee gesepareerd werd, hoezeer psychiaters hun verantwoordelijkheid voor deze maatregel afwentelden op zowel verpleegkundigen als psychiaters-in-opleiding en hoezeer het ontbreken van eenpersoonskamers op afdelingen de besluitvorming van verpleegkundigen over de duur van een separatie beïnvloedde.[3734] *De verpleegkundige als regisseur* (1994) maakte duidelijk dat het aanstellen van een verpleegkundige in de rol van 'persoonlijk begeleider' de positie van patiënten en hun familieleden verbeterde en de arbeidsvreugde van verpleegkundigen verhoogde.[3735] Het onderzoek *Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen* (1996) leidde tot inzicht in de frequentie van agressieve voorvallen tussen patiënten en verpleegkundigen, de oorzaken daarvan, de noodzaak 'normen' te stellen met betrekking tot toelaatbaar gedrag op afdelingsniveau en de wenselijkheid van evaluatie van incidenten door betrokken verpleegkundigen en patiënten.[3736] De activiteiten van de Inspectie vormden een stimulans voor psychiatrisch verpleegkundigen om zelf kwaliteitsnormen te formuleren.[3737] Zo nam de Vereniging STIP het initiatief tot de ontwikkeling van een meetinstrument voor de kwaliteit van zorg in de psychiatrie.[3738] Ook benaderde zij de patiëntenverenigingen Ypsilon en Anoiksis om met leden daarvan na te denken over de inrichting van gesloten afdelingen.[3739] Dit project maakte verpleegkundigen gevoeliger voor het perspectief van zowel de patiënten als hun familieleden en het leidde ertoe dat het College voor Ziekenhuisvoorzieningen

---

[3730] Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde 1995a; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde 1995b; Hoogervorst 1996.
[3731] Aan de Stegge 1993, 4; Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGz 1993, Notitienummer B-CONO 93/74. Archief G.J.C. aan de Stegge; Klungers 1996, 4-5.
[3732] Opvallend was dat J.B. van Borssum Waalkes, hoofdinspecteur van 1982 tot 1990, na zijn aftreden in zijn boek *Bondgenoot van de zwaksten* op de bres klom voor psychiatrisch verpleegkundigen. Van Borssum Waalkes 1991a; vergelijk Lucieer 2005, 63.
[3733] Gassman en De Haas 1996.
[3734] Van Deelen 1992, 53-58.
[3735] Gassman, Melchior en Van den Berg 1994, 108-109.
[3736] Broers en De Lange 1996, 245-260.
[3737] NVPV-bestuur 1996; Lucieer 1996; Klungers 1998; Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing 1998; Werkgroep Interculturele Hulpverlening NVPV 1999; Werkgroep Schizofrenie NVPV 2000; Zandstra, Van der Woude en De Ree 2002.
[3738] Jongerden 1992; Jongerden, Hollands en Van Bergen 1993.
[3739] Kwaliteit van de zorg, de arbeid en het gebouw, 26 januari 1995, STIP congres te Ede.

verpleegkundigen als volwaardige gesprekpartners ging beschouwen bij het beoordelen van bouwaanvragen en -normen.[3740]

Ook enkele psychiatrisch verpleegkundigen die promotieonderzoeken uitvoerden, richtten zich op de verbetering van kwaliteit van zorg, met name op gesloten afdelingen en afdelingen voor chronische psychiatrische patiënten. Zo promoveerde de verplegingswetenschapper T. Dassen in 1989 op een studie over de taakopvattingen van verpleegkundigen in de psychiatrie. De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige H. Henselmans volgde in 1993 met een onderzoek naar bemoeizorg: ongevraagde *outreaching* hulp aan mensen met een psychose. In 1996 verkreeg T. Melchior de doctorsbul voor een onderzoek naar de effecten van patiëntgerichte verpleging op de kwaliteit van leven voor chronische patiënten en de werkdruk van psychiatrisch verpleegkundigen. B. Lendemeijer verdedigde in 2000 een dissertatie over het besluitvormingsproces van verpleegkundigen met betrekking tot separatie. In hetzelfde jaar promoveerde Y. Nijssen op het meten van kwaliteit van zorg op gesloten opname-afdelingen. B. van Meijel sloot in 2003 een onderzoek af over het voorkómen van terugval bij schizofrene patiënten. J. de Lange tenslotte deed in haar proefschrift, dat in 2004 verscheen, verslag van een onderzoek naar de invloed van 'belevingsgerichte zorg' op de gezondheid en levenskwaliteit van demente ouderen.[3741]

Ondanks deze ontwikkelingen groeide in de jaren negentig de bezorgdheid over de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening aan patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, onder meer vanwege het tekort aan verpleegkundig personeel. Voormalig inspecteur J.B. van Borssum Waalkes beklaagde zich op een STIP-congres in 1994 over het almaar uitdijende aantal therapeuten dat zich bezighield met relatief 'goede' patiënten, waardoor er te weinig middelen overbleven voor geesteszieken die intensieve zorg nodig hadden. Verpleegkundigen zouden geen genoegen mogen nemen met een 'prullige kwaliteit' voor de ziekste patiënten.[3742] In aansluiting op deze bezorgde geluiden signaleerden leidinggevende verpleegkundigen dat de omvang van het administratief en ondersteunend personeel in de chronische sector dat van het verpleegkundige en verzorgende personeel overtrof. Op initiatief van de verpleegkundige J. Leenders werd een brief naar minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestuurd met een pleidooi om de positie van de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep te versterken, bijvoorbeeld door middel van de Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen.[3743] Het deregulerende ministerie toonde wel begrip voor deze zorgen, maar verwachtte dat de nieuwe psychiatrisch verpleegkundige beroepsvereniging in oprichting zelf het initiatief zou nemen, bij voorkeur in samenwerking met de beroepskrachten van het in 1993 opgerichte Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Wel zegde het Ministerie toe dat het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid opdracht zou krijgen om in het kader van een serie studies naar

---

[3740] Aan de Stegge 1996.

[3741] Dassen 1989; Henselmans 1993; Melchior 1996; Lendemeijer 2000; Nijssen 2000; Van Meijel 2003; De Lange 2004.

[3742] Van Borssum Waalkes 1994.

[3743] C. aan de Stegge, Brief aan Minister Borst d.d. 10 oktober 1994 namens 26 'betrokkenen bij de psychiatrische verpleegkunde'. Archief G.J.C. aan de Stegge en Archief Vereniging STIP (in bewaring bij Aan de Stegge), Bestuursstukken 1989-1997.

beroepen in de gezondheidszorg ook onderzoek te doen naar de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep.[3744]

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde en het door haar ingestelde Centraal Orgaan Opleidingen voor Psychiatrische Verpleegkunde richtten hun pijlers op twee doelen: de beïnvloeding van het verpleegkundige onderwijs voor de psychiatrie en, daarmee samenhangend, de bundeling van alle verenigingen op het gebied van de psychiatrische verpleegkunde. Wat het initiële onderwijs betreft zetten beide organisaties zich in voor het behoud van een differentiatiefase voor de geestelijke gezondheidszorg in het nieuwe opleidingsstelsel. Het *Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige* diende om aan te geven welke leerstof het basispakket van het MBO- en HBO-onderwijs minimaal op dit terrein diende te bevatten.[3745] Vervolgens organiseerde het Centraal Orgaan Opleidingen een conferentie om hiervoor draagvlak onder alle betrokkenen (de verpleegkundige beroepsorganisaties, opleiders, werkgevers, ambtenaren en Inspectie) te creëren en stuurde het in 1996 de *Aanbevelingen over de GGz-deskundigheid in de beroepsopleidingen* naar J. van Londen, voorzitter van de Commissie Kwalificatiestructuur die belast was met het ontwikkelen van eindtermen van de nieuwe opleidingen.[3746] In deze *Aanbevelingen*, waarin de titel ‘psychiatrisch verpleegkundige’ plaatst maakte voor ‘verpleegkundige in de GGz’, werd gepleit voor een ‘brede inzetbaarheid van de verpleegkundige in een ontschotte GGz’ op basis van specifieke kennis. Het initiële onderwijs zou vooral aandacht moeten besteden aan de ‘attitude’ van de aankomende verpleegkundige in de GGz. De gewenste attitude bestond uit een groot empathisch vermogen, een hoge frustratietolerantie, een lage krenkbaarheid en het vermogen om zowel overmatige bezorgdheid als overmatige kritiek binnensmonds te houden. Ook moest een GGz-verpleegkundige het vermogen bezitten de patiënt te laten ‘leren van het leven van alledag’, een 'therapeutisch milieu' vorm te geven, het netwerk van de patiënt te ondersteunen en ernstige gedragsproblemen van de patiënt te verdragen en te beïnvloeden. Bij dit alles diende de verpleegkundige zelfstandig te kunnen werken, een gedegen kennis van psychopathologie en de DSM-IV te bezitten en te beschikken over ‘transfervaardigheden’ ten einde algemene verpleegkundige vaardigheden te kunnen toepassen op psychiatrische patiënten.[3747] De Commissie Kwalificatiestructuur nam de *Aanbevelingen* over en stelde eindtermen vast voor de differentiatiefase ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg, zowel voor het MBO- als het HBO-onderwijs.[3748]

Dit alles betekende echter geenszins dat er daadwerkelijk curricula ontwikkeld werden voor de differentiatiefases ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg. Het CONO en het Centraal Orgaan Opleidingen beschikten namelijk niet over middelen om

---

[3744] C. aan de Stegge, Verslag gesprek met J. van der Klaauw, J. van Dijk, F. Doorduin en D. Beumer (GHIGV) op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7-11-1994. Archief Vereniging STIP: Bestuursstukken STIP 1989-1997; vergelijk N.C. Oudendijk, openingstoespraak op STIP Congres 26-1-1995, Archief Vereniging STIP, Congresverslagen.
[3745] Klungers 1996, 5.
[3746] Kram 1995; Klungers 1996.
[3747] J. Klungers, Brief 22-1-1996 aan J. van Londen, met bijlage Aanbevelingen over de GGz-deskundigheid in de beroepsopleidingen tot verpleegkundige, 2-3. Archief G.J.C. aan de Stegge.
[3748] Kort verslag bijeenkomst COOPV 15-4-1996, 2. Archief G.J.C. aan de Stegge; Commissie Kwalificatiestructuur 1996, 167-168; vergelijk Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen 1996.

hun wensen in de initiële, algemene verpleegopleidingen af te dwingen. Over de invulling daarvan beslisten de MBO- en de HBO-Raad uiteindelijk. Het CONO stelde zich terughoudend op ten aanzien van het streven naar differentiatie in de verpleegkunde. Het in zijn opdracht door medewerkers van het Trimbos Instituut uitgevoerde onderzoek naar 'beroepen in de GGz' leverde een dubbelzinnige conclusie op met betrekking tot de psychiatrische verpleegkunde. Enerzijds verscheen deze in *Beroepen in beweging* (1998) naast de geneeskunde en de gedragswetenschappen als een van de drie 'basisberoepen' in de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds verbond het CONO geen consequentie aan zijn constatering dat er voorlopig onderscheid nodig was tussen 'basisberoepsbeoefenaren voor de Wet BIG' en 'basisberoepsbeoefenaren in de GGz'. Als orgaan dat zich bezighield met 'nascholing en opleiding' deed het geen uitspraak over de vraag of de 'basisverpleegkundige in de GGZ' in afwijking van de 'artikel 3 verpleegkundige Wet BIG' over specifieke kwalificaties zou moeten beschikken. Hierdoor werden de directies van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg niet aangemoedigd om alleen verpleegkundigen aan te trekken die zich tijdens hun opleiding op psychiatrisch gebied bekwaamd hadden. Het CONO bevorderde evenmin dat deze instellingen zich gezamenlijk sterk maakten voor een differentiatiefase in de verpleegkundige opleidingen. In feite betekende de erkenning door het CONO van de verpleegkundige als 'basisberoep voor de GGz' niet meer dan onderkenning van de noodzaak van een 'voor GGz functionele bij- en nascholing' en de instelling van de functie van 'specialist in de GGz-verpleegkunde'.[3749] Het eindrapport over de psychiatrisch verpleegkundige (1997), dat in de serie beroepenstudies verscheen, liet bovendien nogal wat vragen open en kaatste de bal terug naar de beroepsbeoefenaren zelf. 'Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt', zo was in de studie te lezen,

> dat de positie van psychiatrisch verpleegkundige op dit moment onomstreden is. Psychiatrisch verpleegkundigen vormen in de GGz de grootste beroepsgroep en daarmee de ruggengraat van de intramurale psychiatrie. […] De variatie onder psychiatrisch verpleegkundigen zal echter de komende jaren alleen maar toenemen. […] De effecten zullen sterk worden bepaald door de wijze waarop de beroepsgroep zelf op deze veranderingen reageert. Zal zij tot één van de spilfiguren worden van de zorgvernieuwing of zal zij zich (laten) degraderen tot een bijrol? […] Meer dan voorheen zal van hen worden verwacht dat zij in staat zijn om aan te geven wat hun specifieke deskundigheden zijn, waarin zij zich onderscheiden van andere beroepsgroepen, wat nu precies hun meerwaarde is.[3750]

Daar kwam nog bij dat het CONO het rapport *Beroepen in beweging* aangreep om de positie van een andere beroepsgroep in de geestelijke gezondheidszorg te versterken. Ten behoeve van het streven naar vermaatschappelijking zouden de 'agogisch opgeleiden', in het bijzonder de sociaalpedagogische hulpverleners of activiteitenbegeleiders meer steun verdienen. Zij kregen een aparte Kamer binnen het CONO aangeboden, waarbij er afstemming moest plaatsvinden met de verpleegkundigen.[3751] Het sociaalpedagogisch werkgebied overlapte deels dat van verpleegkundigen. De Vereniging tot Bevordering

[3749] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 321.
[3750] Neijmeijer et al. 1997, 150-151.
[3751] Neijmeijer et al. 1997, 215, 319.

Sociotherapie bestond merendeels uit hulpverleners die voorafgaand aan hun HBO-opleiding inrichtingswerk een B-diploma hadden behaald. De vereniging was om die reden in 1997 toegetreden tot het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkunde binnen het CONO. In het begin van de jaren tachtig hadden verpleegkundigen en sociotherapeuten gezamenlijk geprobeerd van de sociotherapie een specialisme binnen de psychiatrische verpleegkunde te maken.[3752] Dit was niet gelukt en aan de eendrachtige samenwerking kwam na 1998 een eind. Nadat het CONO in 2001 een Kamer voor agogen had erkend, trok de Vereniging tot Bevordering Sociotherapie zich terug uit het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkunde om zich daarop aan te sluiten bij de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Pedagogisch Hulpverleners en toe te treden tot het Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen. In 2003 kreeg de GGz-agoog erkenning in het kader van de Wet BIG.[3753] Een nieuw beroep was geboren en daarmee kreeg de psychiatrische verpleegkunde een geduchte concurrent.[3754] De HBO-opleiding sociaal-pedagogische hulpverlening trok grote aantallen studenten aan, terwijl de uitstroom van de HBO-opleiding verpleegkunde naar de geestelijke gezondheidszorg stokte, onder meer door het ontbreken van een differentiatiefase die studenten op dit werkterrein voorbereidde.[3755] GGz-Nederland voorspelde in 1997 dat de instellingen anno 2005 dertien procent van hun HBO-functies in de verpleegkunde niet zouden kunnen vervullen.[3756] Verder bleek al spoedig dat de diverse sectoren in de gezondheidszorg met elkaar concurreerden om studenten verpleegkunde, vooral om MBO-gediplomeerden. Wat betreft het aanbod aan stageplaatsen verkeerde de sector geestelijke gezondheidszorg in het nadeel ten opzichte van de algemene gezondheidszorg. Voor de nieuwe generieke opleiding was een diversiteit aan werkervaringen nodig, maar de geestelijke gezondheidszorg kon deze niet bieden op het terrein van de algemene gezondheidszorg, terwijl de laatste wel beschikte over psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg trachtten dit probleem het hoofd te bieden door hun krachten te bundelen, soms met de verstandelijk gehandicaptenzorg samen, en ‘productieafspraken’ te maken met onderwijsinstellingen.[3757]

De ontwikkelingen op het gebied van het post-initiële onderwijs voor verpleegkundigen riepen eveneens gemengde gevoelens op in de verpleegkundige wereld. In 1996 legde het CONO de verantwoordelijkheid voor specialisatie bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde als representatieve organisatie van ‘basisverpleegkundigen’, waarmee de eerdere toezegging van veertig opleidingsplaatsen tot ‘assistent-specialistisch psychiatrisch verpleegkundige’ aan de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen werd doorkruist.[3758] De overkoepelende organisatie van de ambulante sector, de NVAGG,

---

[3752] Zie 4.4.4. De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?
[3753] Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen 2003.
[3754] Van Tol, Boonekamp en Winkelaar 1999; vergelijk Dijkhuis 1999, 433.
[3755] Verkenningscommissie hoger gezondheidszorg onderwijs 2000.
[3756] Om het tekort op te lossen adviseerde GGz-Nederland haar lidinstellingen wegen te zoeken om ‘agogisch opgeleiden’ middels om- of bijscholing inzetbaar te maken in het verpleegkundige werk. In 2004 werd daar een begin mee gemaakt. Van Til en Kanters 2001; GGz-Nederland 2004.
[3757] Gesprek G.J.C. aan de Stegge met M. Bilars, directeur ROCASA, 5-7-2001 en met T. van der Donk, voormalig directeur van Stichting Opleidingen GGz Amsterdam, 3-6-2004.
[3758] Notulen COOPV, 10-6-1996, 2; Archief G.J.C. aan de Stegge.

volgde het standpunt van het CONO dat in een functioneel geordende geestelijke gezondheidszorg 'basisverpleegkundigen in de GGz' op meerdere, zowel intra- en semi- als extramurale, werkplekken inzetbaar moesten zijn en dat een sociaal-psychiatrische specialisatie daarvoor te eenzijdig was.[3759] In 1996 werd begonnen met de opzet van een nieuwe driejarige opleiding tot 'verpleegkundig specialist in de GGz', die in 1998 met één dag theorie en vier dagen praktijk per week van start ging.[3760] De praktijk werd verzorgd door instellingen in zorgvernieuwingsregio´s, zodat de assistenten-in-opleiding ervaring opdeden in een 'ontschotte' geestelijke gezondheidszorg en leerden om innovaties in de zorg te ontwerpen. In 2004 waren 85 'verpleegkundig specialisten' afgestudeerd onder wie 38 mannen en 47 vrouwen.[3761] Tevens gaf het CONO opdracht aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde om de Centrale Organen Opleidingen voor Psychiatrische Verpleegkunde respectievelijk voor Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde samen te voegen tot één Centraal Orgaan Opleidingen voor Verpleegkundigen in de GGz. Deze samenvoeging ging gepaard met de nodige spanningen en intensieve discussies tussen intramuraal en sociaalpsychiatrisch werkende beroepsbeoefenaren over de opleiding tot verpleegkundig specialist.[3762] In 1999 werd het nieuwe Centraal Orgaan uitgebreid met groepen verpleegkundigen die zich wilden specialiseren in onder meer de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie, de verslavingszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Het ongenoegen over deze ontwikkeling onder sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, tot dan toe de enige groep specialistische psychiatrisch verpleegkundigen, nam toe toen de Minister van Onderwijs in 2002 aankondigde dat hij de tweejarige voortgezette HBO-opleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige met ingang van 2006 niet langer wenste te financieren. Het sociaalpsychiatrische gedachtegoed zou zijn ingebed in de reguliere HBO-opleiding verpleegkunde en wie daarna verder wilde studeren, moest op een hogeschool of universiteit een mastergraad behalen.[3763] Het besluit zorgde voor veel verontwaardiging in de geestelijke gezondheidszorg. Juist nu de vermaatschappelijking de pijler van het beleid was geworden, dreigde de snel groeiende sociaalpsychiatrische verpleegkunde, waarmee Nederland vanouds een internationale reputatie genoot, te verdwijnen. Politieke druk leidde tot uitstel van de uitvoering van het ministeriële besluit tot eind 2007.[3764] In de tussentijd ontwikkelden enkele hogescholen (deels commercieel gefinancierde) initiatieven tot een continuering van de voortgezette HBO-opleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, al dan niet in de vorm van een masteropleiding.[3765]

[3759] Brief T. Festen (NVAGG) aan bestuur NVSPV en COOSPV, d.d. 7-2-1006. Archief G.J.C. aan de Stegge.

[3760] Notulen COOPV januari 1997, 1; Notulen Bestuur Stichting Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist i.o., 10-9-1997, 1. Archief G.J.C. aan de Stegge.

[3761] Gegevens van Stichting GGZ-VS, gezonden aan G.J.C. aan de Stegge per 1-8-2007, met dank aan Eline Schut.

[3762] Venneman 1997; Wesselink 1997;Wolf, Van Hoof en Neijmeijer 1997.

[3763] Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 318; HBO-Raad 2002; Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2002, 3.

[3764] Hermanides-Willenborg en Derks 2003a, 46; Hermanides-Willenborg en Derks 2003b, 26; Onderwater en Van der Padt 2003, 22-23; Ott, Paardekooper en Van der Windt 2005, 54.

[3765] Mondelinge presentaties door M. van Bemmel (Hogeschool Arnhem en Nijmegen), R. van Dommelen (Hogeschool Utrecht) en S. van der Voort (Saxion) op beleidsdag COOV, 21-6-2006, Amersfoort. Archief G.J.C. aan de Stegge.

Afgestudeerden zouden op den duur erkenning moeten krijgen als verpleegkundig specialist. GGz-Nederland stelde in 2006 vast dat het noodzakelijk was de zo vertrouwde sociaalpsychiatrische competenties te behouden voor het werkveld, maar deze werkgeversorganisatie nam geen standpunt in over de vraag welke opleidingsroute daarvoor geboden was.[3766]

Uiteraard lieten al deze ontwikkelingen hun sporen na in de opbouw van de verpleegkundige personeelsformatie in de geestelijke gezondheidszorg. In de periode tussen 1986 en 1996 groeide het aantal werkzame gediplomeerde psychiatrisch verpleegkundigen van rond de 10.000 in 1985 naar ruim 12.250 in 1995. Tussen 1990 en 1995 vormden zij de sterkst groeiende groep in de verpleegkunde. In het laatste jaar hadden ruim 4.500 van hen (37 procent) een HBO-opleiding doorlopen.[3767] In de RIAGG'en bezetten de 1.550 sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen medio jaren negentig zelfs een kleine 30 procent van de totale personeelsformatie.[3768] Ondanks deze absolute stijging nam het aandeel van de verpleging op het totaal van de personeelsformatie in de psychiatrische ziekenhuizen af van 51 procent in 1985 tot 48 procent in 1996, terwijl het aantal opnamen, heropnamen en verpleegdagen die ten laste van de verpleegkundige zorg kwamen, groeide.[3769] Aan de andere kant werd het aandeel van de gediplomeerden groter als gevolg van de sterke teruggang van het aantal B-leerlingen. Ook bleven met name gehuwde vrouwelijke gediplomeerden langer werken dan voorheen, onder andere omdat er in de jaren negentig kinderopvang tot stand kwam. Gediplomeerden bleven naar schatting gemiddeld zelfs zestien jaar in dienst, waardoor het later moeilijker zou worden om nieuwe leerlingen of stagiaires aan te stellen.[3770] Wel ging een groter deel van de gediplomeerden korter werken. In de jaren tussen 1985 en 1995 steeg het aandeel van deeltijdwerkers van ongeveer de helft naar driekwart.[3771] Waren in het psychiatrisch ziekenhuis in 1985 zo'n 114 werkkrachten nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten, in 1995 waren dat er 133.[3772] Hierdoor werden patiënten met steeds meer verpleegkundigen en andere verzorgers geconfronteerd en werd de zorg, mede als gevolg van de groeiende nadruk op efficiënt werken, onpersoonlijker en kariger. Het werd moeilijker om patiënten nog iets meer dan louter basiszorg te bieden.[3773] Verder steeg de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg naar ruim 36 jaar in 1995 en naar meer dan 39 in 2005.[3774] Het aandeel van mannen in de formatie zakte tussen 1988 ven 1995 van bijna 47 naar ruim 35 procent.[3775]

Vergeleken met de situatie in 1996 leek de formatie in 2005 aanzienlijk uitgebreid. Een arbeidsmarktverkenning, die zowel het gediplomeerde verplegende als het sociaalpedagogisch opgeleide personeel in de geestelijke gezondheidszorg in kaart

---

[3766] GGz Nederland 2006, 21.
[3767] Nationaal Ziekenhuisinstituut 1986, 10; Nationaal Ziekenhuisinstituut 1996, 39; Neijmeijer et al. 1997, 22, 24, 28; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 46.
[3768] Van Hoof en Wolf 1995, 106.
[3769] Nationaal Ziekenhuisinstituut 1986, 11, staat 5; Nationaal Ziekenhuisinstituut 1996, 24, staat 11, 20 en 39.
[3770] Gerritse en Van der Windt 1991, 72.
[3771] Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 62.
[3772] Van der Windt 1988, 10; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 61.
[3773] Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001.
[3774] Nationale Ziekenhuisraad 1985, 26; Van der Windt et al. 1997, 133.
[3775] Borgesius, de Lange en Meurs 1988, 191; Van der Windt et al. 2002, 54.

bracht[3776], leverde de volgende cijfers op: 5.400 verpleegkundigen met een HBO-opleiding, waaronder circa 2.000 sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen alsook verpleegkundigen met een academische graad en verpleegkundig specialisten[3777]; 10.800 verpleegkundigen met een MBO-opleiding of een B-diploma[3778]; 3.700 (lager opgeleide) ziekenverzorgenden of 'verpleegsters' en 300 'helpenden' of 'verzorgsters'. Het totaal aantal gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden raamde het rapport op ruim 20.000, van wie meer dan 16.000 met een verpleegkundig diploma. Tezamen bezetten zij 15.700 formatieplaatsen.[3779] Daarnaast werkten 5.100 sociaalpedagogisch opgeleiden, zowel op HBO- als op MBO-niveau, in de geestelijke gezondheidszorg. Zij bezetten 4.200 formatieplaatsen. Tot slot waren er nog 100 huishoudelijk werkers en 1.700 anders opgeleiden aangesteld. In totaal waren dus bijna 28.000 personen op 21.000 formatieplaatsen werkzaam op het gebied van verpleging, verzorging en begeleiding. Deze werkkrachten maakte 43 procent uit van het totale personeel in de geestelijke gezondheidszorg.[3780] Het rapport verschaft geen informatie over het aantal stagiaires en leerlingen. Wanneer die meegeteld worden, lag het aandeel van de 'verpleging' (inclusief verzorging en begeleiding) op het totale personeelsbestand in de geestelijke gezondheidszorg na 1996 waarschijnlijk onder de 48 procent.[3781] Duidelijk was dat de beroepsdifferentiatie op de werkvloer na 1998 sterk was toegenomen. Nog veel sterker dan het aantal HBO- en MBO-opgeleide verpleegkundigen, was het aantal sociaalpedagogische hulpverleners tussen 1985 en 2005 gegroeid: het ging om een vertienvoudiging van ruim 500 naar ruim 5.000.[3782]

Uit de verder gestegen gemiddelde leeftijd van GGz-verpleegkundigen - iets boven de veertig in 2004 - is op te maken dat vanuit de nieuwe verpleegopleidingen een slinkend aantal schoolverlaters koos voor een werkplek in de geestelijke gezondheidszorg. Ook de feminisering van het beroep zette zich door. Het aandeel van mannen liep terug van ruim 35 procent in 1996 naar bijna 30 procent in 2004.[3783] Terwijl de instroom van mannen vanuit de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige opleidingen nog een derde van het totaal bedroeg, lag dat aandeel in alle andere verpleegkundige opleidingen op een percentage tussen de 10 en de 20.[3784] Dit heeft tot gevolg dat de feminisering van de intramuraal werkzame verpleegkundige beroepsgroep met de pensionering van de oudere werknemers steeds sterker zal worden.

Concluderend kan worden gesteld dat de verpleegkundige beroepsgroep in de geestelijke gezondheidszorg in deze periode werd uitgedaagd om zich te organiseren en om te professionaliseren. Verpleegkundigen hebben deze handschoen opgepakt, doch zij zijn in hun streven gehinderd door drie sterke tegenkrachten: deregulering bij de

---

[3776] Van der Windt en Talma 2005.
[3777] Telefonische mededeling W. van der Windt aan G.J.C. aan de Stegge, 2-8-2007.
[3778] Vergeleken met de voormalige B-leerlingen was het niveau van MBO'ers gelijk dan wel gemiddeld lager. Bovendien was het de vraag of de MBO-verpleegkundigen zich tijdens hun opleiding goed voorbereid hadden op een werkplek in de psychiatrie.
[3779] Van der Windt en Talma 2005, 105.
[3780] Ott, Paardekoper en Van der Windt 2005, 54.
[3781] Van der Windt, Bos en Francke 2007, 18.
[3782] Nationaal ziekenhuisinstituut 1986, 39, staat 6 en 20; Hutschemaekers en Neijmer 1998, 181; Van der Windt en Talma 2005, 11.
[3783] Van der Windt, Bos en Francke 2007, 24.
[3784] Dassen 1989, 64; Van Hoof en Wolf 1995, 11; Website HBO Raad, juni 2007.

overheid, voortgaande uniformering van het vak verpleegkunde als gevolg van Europese regelgeving en een groot gebrek aan directe invloed op het beleid. Vooral de Europese regelgeving druiste regelrecht in tegen de bijzondere internationale positie die Nederland met de B-verpleging op verpleegkundig terrein een eeuw lang innam. In de meeste andere landen bestond immers geen aparte basisopleiding voor de psychiatrische verpleegkunde. Het is opmerkelijk dat de Nederlandse beleidsinstanties, waarop psychiatrisch verpleegkundigen weinig invloed konden uitoefenen, deze positie zo snel hebben prijsgegeven en dat psychiaters c.q. de NVP zich blijkbaar ook niet hard maakten voor het behoud van de B-opleiding. Het resultaat is dat het psychiatrisch verpleegkundig beroep, een beroep dat in Nederland haar aantrekkingskracht vanouds te danken had aan de unieke combinatie van een medische, een verzorgende en een sociaalpedagogische dimensie, mede door een gebrek aan mogelijkheden tot beleidssturing vanuit het beroep zelf, een deel van haar 'marktwaarde' verloren heeft aan lager opgeleide verzorgenden en sociaalpedagogische hulpverleners. Of het engagement van een relatief kleine groep hoogopgeleide verpleegkundig specialisten ervoor kan zorgen dat het beroep weer aantrekkelijker voor schoolverlaters wordt, is nog een open vraag.

5.3.6. *De forensische psychiatrie*

Na een discussie van veertien jaar maakten de Psychopatenwetten van 1925 plaats voor een nieuwe TBS-wet - TBR, terbeschikkingstelling van de regering, werd eenvoudigweg TBS, terbeschikkingstelling - die in 1986 werd aangenomen en in 1988 in werking trad. Eveneens in 1988 kreeg de forensische rapportage een wettelijk kader: tenminste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, waaronder een psychiater, moesten eraan bijdragen. In de 23 Districts Forensisch-Psychiatrische Diensten, die tot taak hadden de rechterlijke macht en de reclassering te adviseren en gedetineerden met psychische stoornissen te behandelen, waren naast psychiaters (in totaal rond de 35) ook psychologen werkzaam.[3785]

De nieuwe TBS-wet bood gestoorde delinquenten meer rechtsbescherming en de maatregel werd wettelijk beperkt tot zware delicten met een strafmaat van minstens vier jaar. Dat laatste was in feite al sinds de jaren zeventig de praktijk: het ging bij TBR vooral om ernstige gewelddadige en zedendelicten. Terwijl er eerder geen maximum was gesteld aan de duur van TBR, schreef de nieuwe wet voor dat deze in principe de vier jaar niet mocht overschrijden. Een langere TBS bleef echter mogelijk als de rechter, mede op basis van medische adviezen, meende dat de veiligheid van de maatschappij deze vereiste.[3786] Vanwege de gewelddadigheid van hun misdaden bleef een toenemend aantal TBS-gestelden dan ook langer dan vier jaar in behandeling. De nieuwe wet maakte onderscheid tussen TBS met en zonder dwangverpleging; in dat laatste geval konden de veroordeelden onder toezicht van de reclassering worden gesteld. In 1997 volgde nog een wetswijziging, waarmee voorwaardelijke beëindiging van de TBS mogelijk werd en de 'TBS met aanwijzingen' veranderde in 'TBS met voorwaarden', waardoor rechters behalve dwangopname ook een verplichte klinische of ambulante behandeling konden opleggen.[3787] De verbetering van de rechtsbescherming kwam tot uiting in de verscherping van de verlengingsprocedure van TBS-stellingen. De rechter moest de TBS-

[3785] Hutschemaekers en Ten Have 1995, 95; Brand 2000, 349; Weijers 2003, 33.
[3786] Hamers 1986, 241.
[3787] Dankers en Van der Linden 1996, 226-227; Groenhuijsen 2000; Kelk 2007, 92.

gestelde horen en deze kon beroep aantekenen tegen diens beslissing. Als er sprake was van een aanvraag tot verlenging van een TBS-stelling die al zes jaar duurde, dan diende de rechter het advies van onafhankelijke deskundigen in te roepen. Verder werden regels vastgelegd met betrekking tot dwanguitoefening in TBS-instellingen, de bewegingsvrijheid van TBS-gestelden, bezoekrecht, het recht op correspondentie en dergelijke.[3788]

De al eerder ingezette tendens om TBR vooral bij gewelds- en zedendelicten op te leggen, zette door. Terwijl in 1971 bijna 40 procent van de TBR-veroordeelden zich aan zware agressie en seksueel geweld had schuldig gemaakt, gold dit tegen 1990 voor maar liefst 95 procent van de gevallen.[3789] Aangezien TBS overwegend als uiterste middel werd ingezet, ging het vooral om recidiverende delinquenten, die doorgaans eerder contact hadden gehad met hulpverleningsinstanties. De vrees voor herhaling was voor rechters een belangrijke overweging om TBS op te leggen. Terwijl het aantal vrouwen beperkt bleef tot 5 procent van het totaal, groeide het aantal TBSers van allochtone afkomst in de jaren negentig van een kwart tot een derde. De gemiddelde leeftijd lag rond de dertig en het opleidingsniveau was laag. De meesten kampten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en daarnaast kwamen psychotische aandoeningen en drugsverslaving vaak voor.[3790]

In de jaren tachtig bedroeg het aantal TBS-stellingen met dwangverpleging per jaar tegen de 100 en groeide het aantal verpleegde TBS-gestelden van bijna 400 tot krap 530.[3791] In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal TBS-veroordelingen snel op tot gemiddeld bijna 200 per jaar, terwijl ook de gemiddelde duur van de TBS toenam, van 4 à 5 jaar begin jaren tachtig tot meer dan 6 à 7 jaar aan het eind van de eeuw. Tegelijkertijd daalde het aantal beëindigingen van TBS. Daardoor kwam de inrichtingscapaciteit onder druk te staan en moesten meer en meer TBS-gestelden in de gevangenis wachten op behandeling. In de jaren negentig liep dat aantal op van bijna 30 tot rond de 180 en steeg de wachtduur van 3 tot 9 maanden.[3792]

Behalve in de Van Mesdagkliniek, de Rijksinrichting Veldzicht, de Van der Hoevenkliniek te Utrecht, de Pompekliniek in Nijmegen en Oldenkotte in Rekken werden TBS-gestelden ook in speciale afdelingen van algemene instellingen verpleegd: Hoeve Boschoord in Vledder voor zwakzinnige TBS-gestelden en de Forensisch Psychiatrische Kliniek van het psychiatrisch ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven, de in 1986 geprivatiseerde Rijks Psychiatrische Inrichting, waarin met name psychotische TBSers

---

[3788] Dankers en Van der Linden 1996, 226-227.
[3789] Witteman 1995, 205; Van Marle en Harte 1999.
[3790] Hamers 1986, 242-243; De Goei 1990b, 9, 12, 18, 65; Dankers en Van der Linden 1996, 239-241; Van Emmerik 1999, 16; Weijers 2003, 32, 37-38; Mol en Stalman 2000; Oostveen 2003; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 62; Hildebrand 2004; Weijers en Koenraadt 2007, 63-65; Kelk 2007, 105-106.
[3791] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 17; Hutschemaekers en Ten Have 1995, 91; Witteman 1995, 205, 208-209; Van Emmerik 1999, 10-11; De Vogel et al. 2001, 780.
[3792] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 13; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 79; Groenhuijsen 2000, 8; De Vogel 2001, 780; Van Emmerik 1999, 10-11; Weijers 2003, 31; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 46, 55.

waren opgenomen.[3793] Daarnaast fungeerden het Pieter Baan Centrum en het F.S. Meijersinstituut in Utrecht respectievelijk als observatie- en selectiekliniek.[3794] Vanaf 1996 kwamen er drie nieuwe TBS-klinieken bij: De Kijvelanden te Poortugaal (1996) als onderdeel van Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Flevo Future in Amsterdam (1998) en De Rooyse Wissel te Venray als onderdeel van het Vincent van Gogh Instituut (2000). Verder werd het F.S. Meijersinstituut in 2000 omgevormd tot een behandelkliniek: de Utrechtse vestiging van Flevo Future.[3795]

Ondanks de uitbreiding van de behandelplaatsen - tussen medio jaren negentig en 2004 van bijna 550 naar meer dan 1.300 - bleef de capaciteit tekortschieten: in die periode steeg het aantal TBSers van meer dan 1.100 tot ruim 1.600.[3796] Een verdere vermeerdering van het aantal TBS-plaatsen tot 1.600 in 2005 was niet voldoende om alle TBS-gestelden tijdig te kunnen behandelen: eind 2005 moesten gedetineerden die na het uitzitten van hun gevangenisstraf een psychiatrische behandeling dienden te ondergaan, tussen 15 en 20 maanden wachten voordat er een plaats in een kliniek of inrichting vrijkwam. Op grond van een uitspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens dienden zij hiervoor een schadevergoeding te ontvangen, aangezien zij langer dan hun vonnis voorschreef zonder behandeling in detentie bleven. In 2006 kondigde de Minister van Justitie aan dat er voor de wachtenden in gevangenissen TBS-afdelingen met (50 à 80 plaatsen) zouden komen, zodat daarin al met hun behandeling kon worden begonnen.

Mede als reactie op de capaciteitsproblemen kreeg de reguliere intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg ook taken op dit terrein. De regeringsnota *TBS: een bijzondere maatregel* (1991) van Staatssecretaris van Justitie A. Kosto introduceerde het idee van forensische zorgcircuits om de doorstroom van delinquenten van TBS-instellingen naar algemene psychiatrische voorzieningen te bevorderen. In het begin van de jaren negentig zette een viertal psychiatrische ziekenhuizen forensische afdelingen met in totaal 120 bedden op. Tegen 2000 verbleef 15 procent van de TBSers in reguliere psychiatrische ziekenhuizen.[3797] Behalve aan TBSers boden deze afdelingen ook plaats aan ontoerekenbaar verklaarde en van rechtsvervolging ontslagen delinquenten die op last van de rechter voor een jaar werden opgenomen en aan uit gevangenissen overgeplaatste gedetineerden met psychische stoornissen. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid bleef de forensische capaciteit van algemene psychiatrische ziekenhuizen te beperkt om de toestroom van psychisch gestoorde delinquenten te verwerken. Velen van hen moesten in de gevangenis maanden wachten tot een

---

[3793] Over De Grote Beek zie De Goei 1990b; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18, 52.
[3794] Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 62; vergelijk Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 79.
[3795] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 10-18; Jansen 2005, 456-458; Vijselaar 1999b; vergelijk Jippes 2004; Mens 2003, 272-277.
[3796] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 88; 2002, 76; Van Emmerik 1999, 10-11; Tonnaer 2001; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 55-56.
[3797] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 55; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80; Simons 1993, 54; Van Emmerik 1999, 13; Mens 2003, 272-277; Trimbos-instituut 2004, xiv.

behandelplaats vrijkwam.[3798] Verder kwamen er op bescheiden schaal ook semimurale en ambulante voorzieningen in de vorm van begeleid en beschermd wonen en enkele aan TBS-inrichtingen verbonden dag- en poliklinieken en behandelplaatsen in een tiental RIAGG'en.[3799] De resultaten van het doorstroombeleid waren vooralsnog bescheiden; de reguliere geestelijke gezondheidszorg toonde niet veel animo om TBSers te behandelen.[3800] Aan de andere kant kwamen er zogeheten *long stay*-afdelingen, aanvankelijk met zestig en later meer plaatsen voor als onbehandelbaar beschouwde TBSers.[3801]

Terwijl de forensische psychiatrie in de jaren zestig en zeventig als een belangrijke humane verworvenheid gold, waren er in de jaren tachtig en negentig meer bedenkingen te beluisteren. De nadruk van forensische deskundigen op de verklaarbaarheid van de daad in het licht van de levensgeschiedenis en de karakterstructuur van verdachten begon iets van een voorspelbaar ritueel te krijgen en stuitte in toenemende mate op kritiek van rechters en andere deskundigen.[3802] Onder psychiaters en psychologen ontstond steeds meer twijfel over de mogelijkheid TBSers te genezen. Zij behandelden TBS-gestelden met medicijnen en diverse psycho-, gedrags- en sociotherapieën, maar het optimisme van de jaren zestig en zeventig omtrent de veranderbaarheid van hun persoonlijkheid was getemperd. De nadruk kwam te liggen op gedragsregulering, zelfbeheersing en het leren vermijden van gevaarlijke situaties.[3803] In 1991 wees Kosto er in zijn nota op dat het ontbrak aan kennis over de effectiviteit van de behandeling van TBS-gestelden. Vier jaar later publiceerde het Ministerie van Justitie de resultaten van een onderzoek naar het voorkomen van recidive onder in de jaren 1984-1988 ontslagen TBS-gestelden. Ruim de helft bleek opnieuw voor een misdrijf te zijn veroordeeld en twintig procent had zich aan een zeer ernstig delict schuldig gemaakt. Vooral zedendelinquenten leken ongeneeslijk.[3804] Door ontsnappingen en ernstige misdrijven van delinquenten tijdens proefverloven kwamen TBS-instellingen herhaaldelijk op een negatieve manier in de publiciteit.[3805]

Het accent verschoof deels van behandeling naar beveiliging van de maatschappij door middel van risicotaxatie en -management, het bijbrengen van zelfbeheersing en de

---

[3798] Van de gehele gevangenisbevolking zou meer dan een tiende met psychische stoornissen kampen. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 109; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 79; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 25; Groenhuijsen 2000, 9; Brand 2000, 346; vergelijk Mol en Stalman 2000.
[3799] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80; Hutschemaekers en Ten Have 1995, 90-95; Dankers en Van der Linden 1996, 248-250; Mol en Stalman 2000; De Vogel et al. 2001; Weijers 2003, 32.
[3800] Van Emmerik 1999, 21-22; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 61-62; Van Vliet 2006; Weijers en Koenraadt 2007. 62-65; Kelk 2007, 102-105, 126-130.
[3801] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 55-56.
[3802] Heerma van Voss 1990b; vergelijk Hamers 1986, 243.
[3803] De Goei 1990b, 12, 18, 56, 85; Dankers en Van der Linden 1996, 242-248.
[3804] Witteman 1995, 236, 259; Dankers en Van der Linden 1996, 231, 252-253; Groenhuijsen 2000, 11; Jippes 2004.
[3805] Dankers en Van der Linden 1996, 240-241; Weijers en Koenraadt 2007, 62-65; Kelk 2007, 111-114, 120-126.

uitbreiding van *long stay*-afdelingen voor TBSers die zes jaar lang tevergeefs therapie hadden ondergaan en als onbehandelbaar golden.[3806] Zo spitste het onderzoek in de selectiekliniek, het F.S. Meijers-Instituut, zich toe op de inschatting van het gevaar dat delinquenten vormden en de kans op herhaling. Het predicaat psychopaat, sinds de jaren zestig als diagnostische categorie naar de achtergrond verdwenen, werd weer gangbaar. C. de Ruiter, bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en verbonden aan de Henri van der Hoeven Kliniek, introduceerde de zogenaamde *Psychopathology checklist* van de Canadese psycholoog R.D. Hare. Hare veronderstelde dat de psychopathische persoonlijkheid in de genetische aanleg en de werking van de hersenen geworteld was en dat behandeling weinig zin had. 'Niks slechte jeugd, niks heropvoeden en nieuwe kansen. Gewoon: dit is een door en door slecht mens', aldus De Ruiter.[3807] H. van Marle, voormalig geneesheer-directeur van de Van Mesdagkliniek en het Pieter Baan Centrum en sinds 2003 hoogleraar forensische psychiatrie aan de Erasmus Universiteit, was van mening dat TBS alleen toegankelijk moest zijn voor behandelbare delinquenten. Volgens hem bestond er inmiddels genoeg deskundigheid om te voorspellen welke TBSers wel en niet behandelbaar waren. Er zou bij de behandeling meer ruimte moeten komen voor dwang(behandeling) en onbehandelbare TBSers konden volgens hem het beste op *long stay*-afdelingen worden geplaatst, zodat ze geen behandelplaatsen bezet hielden.[3808] In grote lijnen onderschreef de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze opvattingen.[3809]

Ook vanuit de politiek kwamen pleidooien voor een hardere aanpak van TBSers door middel van snellere overplaatsing van onbehandelbare delinquenten naar (goedkopere) *long stay*-afdelingen en een verlenging van de maximale proeftijd na vrijlating tot tien jaar. Over de vrijlating van TBSers zou niet alleen de rechter, maar een commissie van deskundigen moeten beslissen.[3810] Medio 2005 verbleven 220 TBSers in *long stay*-afdelingen. Tegelijkertijd hield de regering vooralsnog vast aan het streven naar resocialisatie van TBSers.[3811] Ondanks haar pleidooi voor risicotaxatie en -beheersing en de uitbouw van *long stay*-voorzieningen, stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2003 in een rapport over de TBS-klinieken dat met name Veldzicht, Oldenkotte en de Van Mesdagkliniek te veel nadruk op beveiliging, regels en sancties legden en te weinig werk maakten van therapeutische behandeling. Lof had de Inspectie voor het behandelklimaat op basis van de beginselen van de therapeutische gemeenschap in de Van der Hoevenkliniek en de Pompekliniek.[3812] Opmerkelijk in het licht van de roep om een hardere aanpak van TBSers was dat een aanzienlijk aantal - in 2003 meer dan 150 - zonder officieel proefverlof, maar met toestemming van het Ministerie van Justitie onder begeleiding zelfstandig buiten de inrichting woonde.[3813] Opmerkelijk was ook dat de voormalige Leidse hoogleraar in de criminologie W. Buikhuisen, eind jaren zeventig fel

---

[3806] Witteman 1995, 238; Sins 2002; Inspectie voor de gezondheidszorg 2003b, 19-20, 27, 56. Gezien de hoge kosten van TBS-behandeling - ongeveer tien keer zo veel als normale detentie - speelden financiële overwegingen hierbij waarschijnlijk ook een rol. Van Hijlkema 1987.
[3807] Koelewijn en De Koning 2004, 35; vergelijk Hildebrand 2004.
[3808] Jippes 2004.
[3809] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 19-20-, 27-28.
[3810] *NRC-Handelsblad* 8-3-2004.
[3811] *NRC-Handelsblad* 17-6-2005.
[3812] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 10-18, 28-29.
[3813] Oostveen 2003.

bekritiseerd vanwege zijn vermeende deterministische visie op criminelen, in 2005 van zich liet horen met een pleidooi voor meer psychobiologisch onderzoek ten einde op die manier toch wegen te vinden om TBSers te behandelen. 'Het is […] in alle opzichten onjuist, om niet te zeggen immoreel,' zo schreef hij, 'om door de maatschappij als gevaarlijk beschouwde delinquenten die op dit moment onbehandelbaar lijken te zijn, levenslang op te sluiten, als niet tot het uiterste is geprobeerd om langs wetenschappelijke weg te onderzoeken of het vertoonde gedrag niet toch te verklaren is en aansluitend te behandelen.'[3814]

Mede naar aanleiding van enkele geruchtmakende ontsnappingen van TBS-gestelden die uitliepen op een ontvoering en een moord, en de daarop volgende roep om een strenger TBS-regime stelde de Tweede Kamer in het voorjaar van 2006 een onderzoek in naar de TBS-praktijk. Uit de hoorzittingen van de Tijdelijke Commissie TBS-beleid van de Tweede Kamer kwam naar voren dat een groeiend aantal onbehandelbare delinquenten in *long stay*-afdelingen verbleef, de aansluiting met de reguliere geestelijke gezondheidszorg te wensen overliet en een toestroom van jeugdcriminelen met psychiatrische problemen dreigde. In haar eindrapport concludeerde de commissie dat het TBS-systeem verstopt zat en dat er een gebrek was aan opvang- en behandelmogelijkheden in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Naast uitbreiding van het aantal TBS-plaatsen - het aantal TBS-gestelden was inmiddels opgelopen tot 1.700 - en een betere aansluiting op andere instellingen adviseerde de commissie om het psychiatrisch toezicht op (voorwaardelijk) ontslagen TBSers te verlengen van maximaal drie tot negen jaar en in bijzondere gevallen zelfs tot levenslang. Het kabinet en de Tweede Kamer stemden met deze adviezen in. Tegelijkertijd benadrukte de Minister van Justitie dat het uitgangspunt van het TBS-stelsel, behandeling en sociale rehabilitatie, gehandhaafd bleef. Naar aanleiding van de commotie die er telkens weer in de samenleving en de politiek ontstond naar aanleiding van ontsnappingen van TBSers bracht hij naar voren dat het om incidenten ging, dat het recidivegevaar van TBS-gestelden met 30 procent lager lag dan dat - 70 procent - van andere veroordeelden en dat het aantal ontsnappingen mede door een strikter verlofbeleid sterk was gedaald.[3815] Aan het begin van de eenentwintigste eeuw verdwenen gemiddeld negentig TBSers per jaar, vaak tijdens proefverloven, om vervolgens meestal na kortere of langere tijd weer op te duiken; slechts enkelen wisten zich definitief aan de TBS te onttrekken, bijvoorbeeld door uit te wijken naar het buitenland.[3816]

[3814] Buikhuisen 2005, 8.
[3815] Verlaan 2006; *NRC-Handelsblad* 17-5-2006.
[3816] *NRC-Handelsblad* 17-6-2005.

5.4. De ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende

5.4.1. *Het hulpverleningsaanbod*

Vanuit organisatorisch oogpunt was het aanbod van de publieke ambulante geestelijke gezondheidszorg vereenvoudigd. De lappendeken van SPD'en, MOB's, BLGV's en IMP'en was vanaf 1982 immers vervangen door 58 regionaal werkende RIAGG'en met 185 hulpverleningsadressen en één landelijk werkende joodse RIAGG, de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg met 5 vestigingen, die zich in het bijzonder op de behandeling van oorlogstrauma's richtte. In 1991 kwam er nog een landelijke instelling bij, de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GLIAGG). Terwijl alle IMP'en in RIAGG'en opgingen, bleven de twee psychoanalytische instituten, die van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse in Amsterdam en die van het Psychoanalytisch Genootschap te Utrecht, bestaan; vanaf 1993 werkten deze samen in het Nederlands Psychoanalytisch Instituut om in 1997 te fuseren. Dit landelijke expertisecentrum richtte zich vooral op scholing, supervisie en de organisatie van symposia en congressen. [3817]

Het aantal bij de RIAGG'en of hun voorlopers werkzame hulpverleners - voor het merendeel gedragswetenschappers en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen - nam tussen 1980 en 1994 toe van bijna 3.100 tot ruim 5.200, verdeeld over zo'n 3.600 voltijdse arbeidsplaatsen.[3818] De omvang van de regio's die de RIAGG'en bedienden, varieerde van 80.000 tot 560.000 inwoners.[3819] In de loop van de jaren negentig nam het aantal zelfstandige RIAGG'en - de meeste waren stichtingen, enkele verenigingen - als gevolg van fusies met psychiatrische ziekenhuizen en RIBW'en af tot twintig.[3820] In 2003 waren er nog maar veertien zelfstandige RIAGG'en over. De integratie van RIAGG'en en psychiatrische ziekenhuizen verliep moeizaam vanwege de cultuurverschillen en de ongelijke grootte: de ambulante hulpverleners vreesden voor opslokking door de ziekenhuizen waarin het medisch-psychiatrische perspectief domineerde.[3821] De RIAGG'en konden geen vuist maken tegen de doorgaans veel grotere intramurale instellingen, temeer ook omdat ze op weinig krediet van het publiek en de politiek konden rekenen.

Als de RIAGG'en in de publiciteit kwamen, was dat vrijwel altijd naar aanleiding van hun vermeende falen. Uit onderzoeken van de Consumentenbond in 1986 en 1998 kwam naar voren dat twee op de drie Nederlanders weinig vertrouwen in de RIAGG had.[3822] Cliënten klaagden over de lange wachttijden, het onpersoonlijke, bureaucratische en ondoorzichtige karakter van de intakeprocedures, de omslachtige werkwijze, de gebrekkige informatievoorziening over de behandeling en hun rechten, de frequente afwisseling van hulpverleners en de aard van de geboden hulp, die niet aan hun wensen

---

[3817] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 145-148; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 82-83; Langelaan 1997; Stufkens 1997; Polling 2001.

[3818] Ten Have et al. 1996, 126; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13; vergelijk Kwekkeboom 2001, 21.

[3819] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13.

[3820] Tonnaer 2001, 7; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33.

[3821] *NRC Handelsblad* 7/8-6-2003.

[3822] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8; Friele, Verhaak en Andela 2000; Nabitz, Vis en Van den Brink 2001.

en behoeften tegemoetkwam.[3823] Veel verwijzers uit de eerste lijn, huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen, zagen de RIAGG als een anonieme, naar binnen gekeerde en ontoegankelijke organisatie waarin de aandacht meer uitging naar procedures dan naar de cliënten. Huisartsen hadden meer vertrouwen in de hulpverlening door poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters.[3824]

Ook waren er aanwijzingen dat het in de RIAGG'en schortte aan de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in multidisciplinaire behandelteams en dat het ontbrak aan duidelijke behandelplannen.[3825] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid signaleerde in 1991 dat patiëntendossiers slecht werden bijgehouden. Uit nader onderzoek kwam naar voren dat de informatie in de dossiers summier en onsamenhangend was en dat alleen het begin van het hulpverleningscontact behoorlijk was gedocumenteerd. Over de behandeling en het resultaat ervan was weinig terug te vinden. De conclusie van de onderzoeker was vernietigend: 'Omdat in de dossiers alleen de input werd beschreven en niet de behandeling en de output, wekten ze de indruk dat er niet werd behandeld en dat er geen resultaten werden geboekt. De RIAGG doet niets, en voor zover de RIAGG iets doet, leidt dit tot niets.'[3826] In 1997 publiceerde S.M. Roelofs, een voormalig medewerkster van de RIAGG Zuid-Oost in Amsterdam, op basis van haar eigen ervaring een diatribe over de RIAGG. Door de bureaucratisering en omslachtige procedures zouden hulpverleners vooral gericht zijn op de eigen organisatie en zich weinig gelegen laten liggen aan de behoeften van cliënten. RIAGG'en gingen gebukt onder vergadermanie en een topzwaar circuit van managers en bestuurders, die zich hoofdzakelijk met regelgeving en controle, maar niet inhoudelijk met de hulpverlening bezighielden.[3827]

Naar aanleiding van de groeiende wachttijden bij de RIAGG, die in het midden van de jaren negentig opliepen tot zo'n honderd dagen, kwam er op aandrang van de Tweede Kamer een onderzoek naar de doelmatigheid van zijn werkwijze.[3828] Een aantal hoorzittingen met betrokkenen en een doorlichting van een zestal RIAGG'en leidde in 1998 tot een rapport waarin werd vastgesteld dat de taak van de RIAGG - sociaal-psychiatrische, psychosociale en psychotherapeutische behandeling - te breed was en te veel overlapping vertoonde met andere voorzieningen, zoals poliklinieken, en dat de procedures te omslachtig en tijdrovend waren. De poortwachterfunctie van huisarts, eerstelijns psycholoog en maatschappelijk werker zou versterking behoeven ten einde de toeloop naar de RIAGG beter in de hand te houden en de hulpverleners zouden met protocollen voor diagnose en behandeling dienen te werken. De hulpverleners zelf, die klaagden over een hoge werkdruk en slechte arbeidsverhoudingen, wezen erop dat dergelijke maatregelen weinig effect zouden hebben zo lang er niet meer geld voor de geestelijke gezondheidszorg beschikbaar kwam.[3829]

[3823] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 83; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 93-94; Andela en Luiten 1986; Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992; Osselaer-Schouterden 1995.
[3824] Bensing 1986.
[3825] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 93-94.
[3826] Beenackers 1995, 619.
[3827] Roelofs 1997; vergelijk Jens 1982; Mispelblom Beyer 1983; Verhaaren 1987; Hull en Donker 1994.
[3828] Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 20.
[3829] Hull en Donker 1994; Bijl, Lemmens en Van de Wijgert 1996; De Wit 1998a.

Naast de RIAGG'en namen een groeiend aantal poliklinieken van algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen en van psychiatrische afdelingen van algemene en universitaire ziekenhuizen alsmede de zich sterk uitbreidende particuliere psychiatrische en (niet-medische) psychotherapeutische praktijken een deel van het ambulante hulpverleningsaanbod voor hun rekening. Deels als reactie van de kant van de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen op de RIAGG-vorming, steeg het aantal poliklinieken in de jaren tachtig en negentig van ongeveer 100 naar circa 140. Het aantal hulpverleners daarin groeide van rond 700 naar meer dan 1.000.[3830]

Het aantal psychiaters met een zelfstandige praktijk, meestal gecombineerd met een dienstverband bij een instelling en gemiddeld voor ongeveer de helft van de werktijd, steeg in die periode van ongeveer 520 naar rond de 740.[3831] De toename van het aantal niet-medische psychotherapeuten was nog groter. Medio jaren negentig waren er ongeveer 2.300 officieel geregistreerd - de overgrote meerderheid was psycholoog en één op de 8 maatschappelijk werker -, meer dan een verdubbeling ten opzichte van de ruim 1.000 psychologen die rond 1980 als psychotherapeut werkzaam waren.[3832] Iets minder dan de helft van hen hield er een particuliere praktijk op na, meestal in deeltijd. Gezamenlijk omvatten die in het midden van de jaren negentig naar schatting meer dan 600 voltijdse arbeidsplaatsen, waarschijnlijk een vertienvoudiging vergeleken met vijftien jaar daarvoor. In 1996 bezetten vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten samen bijna 1.000 voltijdse arbeidsplaatsen.[3833] Behalve als psychotherapeut vonden klinisch psychologen ook emplooi in de eerstelijns gezondheidszorg als eerstelijns psycholoog om de taak van de huisarts als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te verlichten; medio jaren negentig waren er ongeveer 300 van dergelijke hulpverleners werkzaam.[3834] De vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische praktijken waren niet gelijkmatig over het land verdeeld: evenals in het verleden waren deze oververtegenwoordigd in de Randstad. Zo was in Amsterdam het aanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters acht keer zo hoog als in Twente of Friesland. In mindere mate gold deze ongelijkmatige verdeling ook voor het RIAGG-aanbod; in Amsterdam was dat twee keer zo hoog als het landelijk gemiddelde.[3835]

[3830] Schene 1995, 10; Ten Have et al. 1996, 126; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 21, 43-241; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 21, 100-465; Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 75; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 940-941; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Kwekkeboom 2001, 22; Schene en Faber 2001, 74.

[3831] Van Drunen 2004, 40; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Aarsen 1985, 54; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 22; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Ten Have et al. 1995, 62.

[3832] Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 23-24; Hutschemaekers 1993a, 1180; vergelijk Aarsen 1985, 64.

[3833] Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 4; Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 19; vergelijk Ten Have et al. 1995, 63; Ten Have et al. 1996, 126.

[3834] Hutschemaekers en Ten Have 1995, 23.

[3835] Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 24-25; Ten Have et al. 2002; vergelijk Lemmens 1991.

Ook de verslavingshulpverlening dijde uit en liet bovendien een toenemende diversiteit zien. Naast de al veel langer bestaande 16 à 17 CAD's met zo'n 90 à 100 vestigingen waren er vanaf het begin van de jaren zeventig rond de 30 laagdrempelige en op specifieke doelgroepen gerichte instellingen voor met name drugsverslaafden ontstaan. De laatste hielden zich bezig met activiteiten als methadonverstrekking, straathoekwerk, sociale opvang en begeleiding, woon- en werkprojecten, dag- en crisisopvang, klinische behandeling, preventie en voorlichting.[3836] De koepel van deze verenigingen (de Vereniging van de maatschappelijk georiënteerde verslavingszorg) fuseerde in 1993 met de Nederlandse Vereniging van CAD's in de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg, waarop het aantal zelfstandige instellingen afnam van 63 in 1993 tot 32 in 2000.[3837] Dat de omvang van de verslavingszorg groeide, valt af te leiden uit de stijging van het aantal bij de CAD's werkzame hulpverleners van bijna 600 in 1980 tot ruim 1.000 in 1994; voor het merendeel ging het om maatschappelijk werkers.[3838]

Het aantal JACs en Releases, waarin maatschappelijk werkers en psychologen hulp boden aan jongeren, bleef met rond 50 constant en het aantal organisaties voor therapeutische gezinsverpleging voor ontwikkelingsgestoorde kinderen groeide tussen het midden van de jaren tachtig en medio jaren negentig licht van 5 tot 7 met in totaal 300 plaatsen.[3839] Het aantal telefonische hulpdiensten liep tussen 1987 en 1994 terug van 80 naar 25.[3840] Verder bestonden er speciale landelijke instellingen voor homoseksuelen en buitenlandse vluchtelingen en asielzoekers: het consultatiebureau van de Schorerstichting (1967), dat zich vanaf het midden van de jaren tachtig in het bijzonder op (homoseksuele) Aids-patiënten richtte, het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Centrum '45 en de hulpverleningsbureaus van de stichtingen Pharos en Averroés (1974).[3841]

Naast de bovengenoemde instellingen vermeldden de *Gidsen geestelijke gezondheidszorg* nog diverse hulporganisaties op het grensvlak van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk: dagactiviteitencentra en arbeidsrehabilitatieprojecten voor (ex)psychiatrische patiënten; herstellingsoorden, wegloop- en inloophuizen en opvangcentra voor vrouwen; de Vereniging tegen Kindermishandeling (1970) en de bureaus vertrouwensarts inzake kindermishandeling; organisaties op het gebied van seksualiteit, zwangerschap, geboorteregeling en prostitutie[3842]; het Leger des Heils (1887) en de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg

---

[3836] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 15; Hutschemaekers 1995, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.

[3837] Tonnaer 2001, 7.

[3838] Ten Have et al. 1996, 126; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

[3839] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 16.

[3840] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 19. Nadat in 1958 in Rotterdam de eerste tot stand was gekomen, kwam een over geheel Nederland verspreid netwerk van deze diensten tot ontwikkeling, die zich in 1965 verenigden in de Federatie van SOS-Telefonische Hulpdiensten in Nederland. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 24.

[3841] Schippers 1985; Eppink 1981; Wisman en Westermann 1993; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39; De Duijn 1999.

[3842] De Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (1946), de Protestantse Stichting voor voorlichting en vorming omtrent relaties en seksualiteit (1957), het Rutgers Stichting Bureau voor

en Onderdak (1953); het Nederlands Centrum Buitenlanders (1975); de Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen (1986); de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1973) en de Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (1978).[3843]

5.4.2. *De hulpvraag: cliënten en klachten*

De vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg nam in de jaren tachtig en negentig nog sterker toe dan de beschikbare financiële middelen voor en de capaciteit van de hulpverleningsinstellingen, waardoor er vooral in de jaren negentig in toenemende mate wachtlijsten ontstonden.[3844] Tussen 1980 en 1995 groeide het aantal hulpverleningscontacten per jaar van de RIAGG (of van haar voorgangers) van ruim 1,4 tot ruim 2,3 miljoen, dat van de poliklinieken van 420.000 tot bijna 1,2 miljoen, dat van de vrijgevestigde psychiaters van 220.000 tot 615.000, dat van de vrijgevestigde psychotherapeuten van 60.000 tot 714.000 en dat van de CAD's van 140.000 tot 517.000.[3845] Het aantal aanmeldingen per jaar steeg bij de RIAGG van 97.000 tot bijna 248.000, bij de poliklinieken van 65.000 tot ruim 94.000, bij de vrijgevestigde psychiaters en (niet-medische) psychotherapeuten van ruim 19.000 naar bijna 40.000 en bij de CAD's van ruim 11.000 naar meer dan 27.000. Het totale aantal ambulante aanmeldingen nam toe van een kleine 254.000 naar ruim 507.000.[3846] In relatieve zin betekende dat een stijging van bijna 1,4 tot bijna 2,6 nieuwe aanmeldingen per 100 inwoners. Meer dan de helft van de ambulante clientèle zocht hulp bij een RIAGG, terwijl gemiddeld ongeveer 27 procent in een polikliniek terechtkwam. Het aandeel van de CAD's bedroeg tussen 5 en 7 procent. De sterkste stijging vertoonde het aantal cliënten dat een beroep deed op vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten: in 1980 slechts 2 en in 1995 bijna 8 procent van alle ambulante cliënten.[3847] Het aantal mensen dat zich ook of uitsluitend met psychische problemen of stoornissen tot eerstelijns hulpverleners (huisartsen, eerstelijns psychologen en maatschappelijk werkers) wendde,

---

Geboorteregeling en Seksualiteitsvragen (1970), de Stichting Huwelijks/Relaties Ouderschap Zwangerschap (1970), de Stichting MR '70 voor geboorteregeling en seksualiteit (1970), Stimezo Nederland voor zwangerschapsafbreking (1971), de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie, de Fiom, Nederlandse Vereniging van Organisaties voor Hulpverlening bij Zwangerschap en Alleenstaand Ouderschap (1930) met 14 Fiom-huizen en 25 Fiom-bureaus, en de Mr. A. de Graaf Stichting (1961) voor de hulpverlening aan prostitué(e)s.

[3843] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 62-66; 519-530; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 43-48.

[3844] Terwijl het zorggebruik per hoofd van de bevolking steeg met een kleine 120 procent, steeg de capaciteit met niet meer dan 20 procent, waardoor het aantal arbeidsplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg per 1.000 patiënten daalde van 144 in 1980 tot 90 in 1994. Ten Have et al. 1996, 132, 134; vergelijk Tonnaer 2001.

[3845] Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

[3846] Ten Have et al. 1996, 128. Het aantal aanmeldingen geeft niet het aantal personen weer: een onbekend aantal - schattingen liepen uiteen van 20 tot 50 procent - kwam voor rekening van een relatief kleine groep patiënten die binnen een jaar verschillende keren bij één of meer instellingen aanklopte. Ten Have 1996, 128; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 16-17; vergelijk Brook et al. 1997; Hutschemaekers 2000, 316-317.

[3847] Vos en Hutschemaekers 1999, 176. Vergelijk Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 3-4; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 941; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 69; Schene 1995, 8; Kwekkeboom 1999, 31.

lag veel hoger, ondanks een lichte afname gedurende de laatste twee decennia van de twintigste eeuw. Schattingen liepen uiteen van 12 tot 18 procent van de bevolking.[3848] Hoewel de overheid er voortdurend op aandrong dat huisartsen meer psychosociale problemen gingen behandelen, zagen patiënten hen meer en meer als verwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg. Ook huisartsen zelf neigden er steeds vaker toe dergelijke problemen door te verwijzen.[3849] Overigens maakte de eerste lijn zijn door de overheid bepleite rol als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg niet waar: slechts een beperkt deel van de cliënten kwam via de huisarts bij de ambulante hulpverlening terecht.[3850]

Naast de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg bestond er een alternatief circuit, waar nog weinig onderzoek naar is gedaan. Op basis van een extrapolatie van een telling in de provincies Groningen en Utrecht eind jaren negentig is het aantal alternatieve hulpverleners dat zich bezighield met psychische klachten geschat op ruim 4.600, niet veel minder dan de 5.200 RIAGG-hulpverleners. Bijna driekwart van de alternatieve behandelaars was vrouw en de grote meerderheid bestond uit maatschappelijk werkers, psychologen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten; psychiaters waren nauwelijks actief in het alternatieve circuit. Deze sector ademde sterk de invloed van het New Age denken - met nadruk op holisme, spiritualiteit en gevoel - en het bestreek een breed palet aan therapievormen: massagetechnieken, paranormale behandelingen (waaronder reiki), yoga, meditatie, verbeeldingsgerichte technieken, hypnotherapieën en andere niet officieel erkende vormen van psychotherapie zoals de Reichiaanse therapie, *rebirthing*, bio-energetica, de Gestalttherapie, de psychosynthese en de Jungiaanse therapie. Het totale aantal mensen dat zich hiermee liet behandelen wordt op zo'n 200.000 geschat. Opmerkelijk is dat deze clientèle grotendeels - driekwart van het totaal - uit vrouwen bestond en dat hun gemiddelde opleiding hoger lag dan die van de cliënten van de reguliere ambulante instellingen. Ongeveer 40 procent van hen deed uit ontevredenheid over de reguliere hulpverlening een beroep op dit circuit; een deel daarvan, 15 procent van het totaal, was door reguliere hulpverleners hiernaar verwezen. De meest voorkomende klachten waarmee mensen zich bij alternatieve hulpverleners aanmeldden waren stress, depressie, identiteitsproblemen, relatie- en contactmoeilijkheden, psychosomatische klachten en zingevingsvraagstukken.[3851]

Religieus geïnspireerde genezers trokken vooral een allochtone clientèle. Onder creoolse Surinamers, Antillianen en West-Afrikanen kon Winti, een mengeling van West-Afrikaanse en Indiaanse tradities, zich in een toenemende populariteit verheugen. De vooral door vrouwen beoefende Winti veronderstelde het bestaan van bovennatuurlijke wezens die het bewustzijn beïnvloedden. In de moslimgemeenschappen bestond een groot aanbod aan Islamitische genezers, die de oorzaak van psychische en psychosomatische aandoeningen aan zowel lichamelijke, geestelijke en sociale als aan bovennatuurlijke, kwade invloeden weten. De moslimclientèle was breed geschakeerd en de klachten vertoonden een grote variëteit aan psychische en psychosomatische aandoeningen alsook levens- en zingevingsvraagstukken. Het behandelrepertoire van de genezers, wier godsdienstige opvattingen aansloten bij het van de officiële Islam

---

[3848] Vos en Hutschemaekers 1999, 169; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 18-19.
[3849] De Wit 1998a; Onderwater 2001.
[3850] Van Lieshout en Stoelinga 1988.
[3851] Van Reenen, Vandermeersch en Hutschemaekers 1997, 1209-1214; vergelijk Brandt 1998.

afwijkende volksgeloof, bestond uit een mengeling van praktische adviezen en symbolische handelingen, zoals het reciteren van koranverzen.[3852] Overigens was er ook in de reguliere geestelijke gezondheidszorg sprake van een toenemende aandacht voor levensbeschouwing en spiritualiteit. Vanuit de overweging dat de geprofessionaliseerde hulpverlening niet iedereen bevredigende antwoorden op fundamentele zinvragen kon bieden, kregen religie en de pastorale zorg in de tweede helft van de jaren tachtig weer enige, zij het omstreden, waardering in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep RIAGG en Religie bewerkstelligde dat vijftien RIAGG'en een aandachtsfunctionaris aanstelden voor geloof en levensbeschouwing. Mede onder invloed van een toenemend aantal allochtone patiënten ruimden sommige psychiatrische ziekenhuizen weer plaats in voor religieuze geestelijke verzorging.[3853]

Over het algemeen lag het opleidings- en inkomensniveau van de clientèle van de reguliere ambulante geestelijke gezondheidszorg hoger dan dat van mensen met psychische problemen die hun heil uitsluitend bij de huisarts of het maatschappelijk werk zochten alsook van patiënten in de intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg.[3854] In vergelijking met de bevolking als geheel was er onder de ambulante hulpvragers sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen, alleenstaanden, allochtonen en inwoners van de grote steden.[3855] Ondanks de aanhoudende aansporingen van de overheid en sommige psychiaters om de aandacht te verleggen van de 'lichte' psychosociale problematiek en neurotische klachten naar 'zwaardere' en chronische psychiatrische stoornissen, behandelden de RIAGG'en evenals de poliklinieken rond 1990 nog altijd veel mensen met relatief lichte aandoeningen, respectievelijk rond 60 en tussen 40 en 50 procent van hun clientèle.[3856] De cliënten van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vertoonden veel overeenkomsten met deze groep, zij het dat vrouwen nog sterker oververtegenwoordigd waren dan bij de RIAGG'en, hun gemiddelde leeftijd wat lager lag en zij over een hoger opleidingsniveau en inkomen beschikten.

In de ambulante zorg hing de meerderheid van vrouwen onder de clientèle samen met de verschillende aard van hun stoornissen: mannen leden meer aan verslaving en antisociale persoonlijkheidsstoornissen, terwijl onder vrouwen meer depressies en fobieën voorkwamen. Verder was de hulpverlening, waarin gesprekstherapie een belangrijke plaats innam, beter toegesneden op de behoeften en de attitude van vrouwen. Zowel vrouwelijke cliënten als de RIAGG-hulpverleners richtten zich sterker dan mannen met psychische problemen op het praten over de persoonlijke beleving en het gevoelsleven. Vooral mannen met persoonlijkheidsstoornissen vertoonden vaker problematisch gedrag, waardoor een deel van hen in het justitiële circuit terechtkwam.[3857] Dat meer jongeren dan ouderen een beroep deden op de hulpverlening zou erop kunnen wijzen dat de eersten moeilijkheden eerder als psychisch onderkenden en het ongemak

---

[3852] Slutzky 1999a; Slutzky 1999b; Hoffer 2000, 137-301.
[3853] De Groot 1995b; De Groot 1995c; vergelijk Blom en Bodisco Massink 1986; Berten 1985; Van Kalmthout 1998.
[3854] Verhaak 1993; Wierdsma, Vergouwen en Jurg 1993; Van Ginneken 2003.
[3855] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4; Ten Have et al. 1995, 56-57; Festen et al. 1997, 14; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 15.
[3856] Van de Beek 1991, 7; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 945-946; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160.
[3857] De Boer 1994.

dat ermee gepaard gaat, minder dan de laatsten stilzwijgend accepteren.[3858] De patiënten met de zwaardere psychiatrische problemen, die bij de RIAGG'en en de poliklinieken sociaal-psychiatrische en acute hulp kregen, onderscheidden zich duidelijk door een lage opleiding, een zwakke inkomenspositie, veel werkloosheid, een ruime ervaring met de geestelijke gezondheidszorg, een wat hogere leeftijd en een hoger aandeel van mannen en allochtonen. In de verslavingszorg waren mannen oververtegenwoordigd.[3859]

Naast de relatief minder voorkomende ernstige psychiatrische ziektebeelden vormden stemmings- en angststoornissen (vooral depressie), aanpassingsmoeilijkheden, nerveuze spanningen, vage lichamelijke klachten, seksuele problemen, ouderdomsdementie en diverse psychosociale problemen (relatieproblemen, moeilijkheden op het werk, identiteitscrises, eenzaamheid en onzekerheid over de toekomst) de meest voorkomende klachten waarmee mensen bij een RIAGG, polikliniek of vrijgevestigde behandelaar terechtkwamen.[3860] De problematiek die in de jaren zestig en zeventig met name in de psychotherapie op de voorgrond stond, de kloof tussen nieuwe vrijheden en innerlijke remmingen die voor psychische spanningen zorgden, had aan betekenis verloren. In de jaren tachtig en negentig zocht een groeiend aantal mensen hulp voor moeilijkheden in verband met hun werk. Het aantal dat op grond van psychische klachten werd afgekeurd steeg tussen 1970 en het begin van de jaren negentig van 11 naar ruim 30 procent van alle - 160.000 rond 1970 en 800.000 rond 1990 - arbeidsongeschikten en volgens schattingen zou dat aandeel sindsdien nog zijn toegenomen. 'Stress', 'burn-out' en het 'chronisch vermoeidheidssyndroom' (ME) leken steeds meer hun tol te eisen.[3861] Epidemiologisch onderzoek wees uit dat maar liefst een op de vijf werkende mannen en vrouwen tenminste één psychische stoornis had en dat de frequentie het hoogst was onder werknemers in dienstverlenende functies.[3862] Uit ander onderzoek onder RIAGG-hulpverleners en -cliënten kwam naar voren dat rond tachtig procent van de hulpvragers met een baan in meer of mindere mate kampte met problematiek die met hun werk te maken had.[3863] Met name de hoge werkdruk, geestelijk te inspannende arbeid, een slechte werksfeer en onzekerheid over het behoud van een baan speelden hen parten. Ook bleek dat de behandeling van hun moeilijkheden in een RIAGG zich vaak toespitste op het vergroten van de individuele weerbaarheid en het eigen vermogen om met de problemen om te gaan. Slechts incidenteel namen hulpverleners contact op met andere betrokkenen, zoals de werkgever, bedrijfsartsen of

---

[3858] Ten Have en Bijl 1998; vergelijk De Boer 1994, 136 en Bauduin 1989.

[3859] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4; Ten Have et al. 1995, 63; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 15; Kwekkeboom 1999, 35-36; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 45-47, 53, 62-63, 79.

[3860] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4, 11; Vroege 1993; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 16; Kwekkeboom 1999, 35-36; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 106.

[3861] Hosman 1991, 108; Van Gageldonk et al. 1996, 359; vergelijk Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 73. Volgens Abma (2005b) was in de jaren negentig 70 procent van de arbeidsongeschikt verklaarde werknemers vanwege psychosomatische aandoeningen afgekeurd.

[3862] Laitinen-Krispijn en Bijl 2002.

[3863] Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995, 643; Van Gageldonk et al. 1996, 360.

personeelsfunctionarissen, hoewel veel cliënten dat wel wenselijk hadden gevonden ten einde verandering te brengen in de arbeidsomstandigheden.[3864]

De Arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft er waarschijnlijk sterk toe bijgedragen dat moeilijkheden op het werk in hoge mate als psychische problemen werden behandeld. Op deze manier konden werkgevers minder goed functionerende werknemers met een uitkering laten afvloeien. [3865] Maar ook veranderingen op de arbeidsmarkt in combinatie met de algemene tendens tot psychologisering werkten dergelijke moeilijkheden in de hand.[3866] In de Nederlandse economie nam de al sterk aanwezige dienstensector nog in betekenis toe. Terwijl rond 1970 al de helft van de beroepsbevolking in de tertiaire (handel, transport, communicatie en het bank-, verzekerings- en advieswezen) en kwartaire sector (overheid, gezondheidszorg, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening) werkte, omvatten deze rond de millenniumwisseling zeventig procent van de werkgelegenheid.[3867] Vooral het groeiende aantal vrouwen op de arbeidsmarkt - een groot aantal van hen werkte in deeltijd - kwam in deze sectoren terecht.[3868] Kennis, flexibiliteit, initiatief, assertiviteit en sociale en communicatieve vaardigheden werden belangrijke vereisten op de arbeidsmarkt. Nu de ongelijkheid in onderwijskansen grotendeels was weggevallen en het gemiddelde opleidingsniveau was gestegen, moesten mensen in toenemende mate op basis van hun persoonlijke talenten met anderen concurreren. Werk gold voor steeds meer mensen mede als middel tot persoonlijke ontplooiing en carrière. Dat betekende dat hun mentale investering daarin toenam. De vervaging tussen arbeidstijd en privé-leven, de toenemende nadruk op marktwerking alsook de opgeschroefde eisen, prestatiedrang en werkdruk konden leiden tot overbelasting en stress.[3869] Voor veel vrouwen kwam daar nog bij dat hun belasting vanwege de combinatie van betaald werk en zorgtaken in het gezin zwaarder werd.[3870] Tegelijkertijd leek het erop dat het steeds moeilijker werd om de vraag te stellen in hoeverre bepaalde arbeidsomstandigheden moeilijkheden met zich meebrachten en hoe deze op de arbeidsplek zelf waren op te lossen. De toenemende uitval van werknemers vanwege psychische klachten zou erop kunnen wijzen dat moeilijkheden op het werk in toenemende mate geïndividualiseerd werden.[3871] Hoe het ook zij, de psychosociale hulpverlening bij arbeidsproblemen, zowel door de publieke geestelijke gezondheidszorg en vrijgevestigde therapeuten als door een door het bedrijfsleven gefinancierd particulier circuit, groeide in omvang, vooral nadat de WAO-uitkeringen werden aangescherpt en werkgevers en werknemers een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid kregen voor het terugdringen van ziekteverzuim. Het ging vooral

---

[3864] Hutschemaekers 1991; Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995, 646; Van Gageldonk et al. 1996, 365-367.
[3865] Abma 2005b; vergelijk Knepper 1992.
[3866] Zie 4.6.3. De psychotherapeutische markt en psychologisering.
[3867] Van Leeuwen 1999a, 70; vergelijk Van Leeuwen 1999b, 77-78; Nierop 1999, 89; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 30-31; Van den Brink 1999, 550.
[3868] Van Leeuwen 1999c, 109-110; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 33; Uitterhoeve 2000, 49, 64; Lucassen 2001.
[3869] Van Lieshout en De Ridder 1991b, 32; Wansink 1994; Van Leeuwen 1999a; Nierop 1999; Uitterhoeve 2000, 149-150; Sociaal en Cultureel Planbureau 2004.
[3870] Brinkgreve 1988; Brinkgreve 2001.
[3871] Hutschemaekers 1991; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 73.

om doelgerichte en kortdurende behandelingen, waarbij cognitieve gedragstherapie een belangrijke plaats innam. [3872]

Verder ontstond er zowel in de maatschappij als in de hulpverlening veel aandacht voor andere nieuw ontdekte of benoemde psychische aandoeningen als de meervoudige persoonlijkheidsstoornis[3873], psychotrauma's, eetstoornissen (anorexia en boulimia nervosa), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), *Body Dysmorphic Disorder* (oftewel het Michael Jackson syndroom[3874]) en automutilatie onder met name jonge vrouwen.[3875] Ook richtte de hulpverlening zich op nieuwe doelgroepen, zoals etnische minderheden en asielzoekers, mishandelde en seksueel misbruikte vrouwen en kinderen, het toenemende aantal ouderen met psychische problemen en een groeiend aantal jongeren met zelfmoordneigingen. De verslavingszorg, die kampte met een tekort aan psychiaters en een groot verloop en veel ziekteverzuim onder hulpverleners, kreeg in toenemende mate te maken met cliënten die naast alcohol- of drugsverslaving en sociale moeilijkheden ook psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblemen vertoonden. Schattingen over het aantal verslaafden met psychische problemen liepen uiteen van veertig tot zeventig procent van het totaal. Een groot deel van hen beëindigde de behandeling voortijdig.[3876] Het grootste deel van de stijging kwam voor rekening van de drugsverslaafden. Gokverslaafden vormden een geringer, maar toenemend aandeel van de cliënten in deze sector - aan het eind van de twintigste eeuw rond tien procent.[3877]

5.4.3. *Behandeling: pillen en praten*

Tussen de verschillende ambulante voorzieningen bestond geen scherpe taakafbakening. Evenals de clientèle vertoonde ook het behandelingsaanbod van RIAGG'en, poliklinieken en vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische praktijken een grote mate van overlapping. Terwijl de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zich hoofdzakelijk met psychotherapie bezighielden, boden de RIAGG'en en de poliklinieken zowel medische en sociaalpsychiatrische zorg als psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening, waarbij in de RIAGG'en een multidisciplinaire werkwijze en in de poliklinieken de medische dan wel de sociale psychiatrie domineerde. In het midden van de jaren negentig kreeg ongeveer driekwart van alle ambulante cliënten een of andere vorm van gespreks- of psychotherapie en zo'n kwart medicatie, al dan niet in combinatie met psychosociale ondersteuning. Psychotherapie vond het meest frequent plaats in de particuliere praktijken en het minst in poliklinieken, terwijl het omgekeerde gold voor de medicamenteuze behandeling en de RIAGG'en in dit opzicht een tussenpositie innamen. Hoewel de cliënten van de RIAGG'en en vooral van de poliklinieken over het algemeen met zwaardere psychische problemen kampten dan de

---

[3872] Abma 2005a; Bakker en Van der Velden 2004a, 73.
[3873] Slijkhuis 1997; Slijkhuis 1998.
[3874] Meijer van Putten 2006.
[3875] Blok 2006.
[3876] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 14; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 90.
[3877] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89; Hutschemaekers 1995, 76; Van der Stel 2001b, 332.

clientèle van de particuliere praktijken, lag het aantal hulpverleningscontacten in de eerste twee instellingen gemiddeld lager dan in de laatste.[3878]

Terwijl de psychotherapeuten in de jaren zeventig de wind in de zeilen hadden, mede omdat het medisch model onder vuur lag, won in de jaren tachtig en negentig, zoals eerder aangegeven, de biologische psychiatrie aan invloed.[3879] Hoewel de sociaalpsychiatrische en de psychosociale en -therapeutische oriëntaties zeker niet in belang afnamen - het ging niet zozeer om pillen *of* praten, maar om pillen *en* praten - won de medische benadering niet alleen in de klinische psychiatrie, maar ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg terrein. Dat bleek bijvoorbeeld uit de introductie van het DSM-classificatiesysteem en behandelprotocollen op basis van de *evidence-based medicine* in de RIAGG alsook de toenemende neiging van psychiaters om zich weer als medicus te profileren en psychofarmaca voor te schrijven.[3880] Terwijl in 1992 15 procent van de RIAGG-cliënten medicatie kreeg, was dat vier jaar later opgelopen tot 30 procent. In de poliklinieken bedroeg dat aantal toen 50 procent en in de particuliere psychiatrische praktijken 10 procent.[3881] De groeiende tendens om psychische stoornissen en problemen met medicijnen te lijf te gaan, deed zich behalve in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg ook in de huisartsenpraktijk voor. Huisartsen kregen mede als gevolg van de groeiende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en de aan hen toegeschreven rol als poortwachter voor de tweede lijn in toenemende mate patiënten met psychische klachten in hun spreekkamer. Vanwege hun gebrek aan tijd en deskundigheid op dit terrein, vormden medicijnen voor hen een voor de hand liggende behandelwijze, die bovendien minder geld en tijd kostte dan een gespecialiseerde gespreks- of gedragstherapeutische behandeling in de tweede lijn. Volgens een recente schatting slikken ongeveer 800.000 Nederlanders, meer vrouwen dan mannen, psychofarmaca.[3882]

Daarbij verbreedde het indicatiegebied van de psychofarmaca zich. Terwijl zware vormen van geestesziekte al sinds de jaren vijftig en eerder medicamenteus werden behandeld, vonden nieuwe psychofarmaca, die minder bijwerkingen dan de oudere vertoonden en snel werkten, in de laatste twee decennia van de twintigste eeuw in toenemende mate toepassing bij lichtere psychische klachten. Kalmerings- en slaapmiddelen en antidepressiva behoren inmiddels tot de meest frequent voorgeschreven en best verkochte geneesmiddelen. Vooral de nieuwe antidepressiva (de Selectieve Serotonine-Heropname Remmers), in het bijzonder Prozac, die in de jaren tachtig op de markt kwamen, verwierven, mede door de grote media-aandacht en publicaties van schrijvers als E. Brunt, G. Meijsing en R. Wieg over hun positieve ervaringen ermee, het aureool van wondermiddel, niet alleen bij ernstige depressie, maar ook bij de veel meer voorkomende mildere vormen ervan en andere psychische klachten als overspannenheid en angst- en slaapstoornissen.[3883] Verder kregen steeds meer kinderen die aandachts- en concentratiestoornissen en overactief, impulsief en rusteloos gedrag vertoonden, het

---

[3878] Ten Have, Vollebergh Hutschemaekers 1999, 18-19, 29; vergelijk Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 948-951; Wilmink et al. 1998.
[3879] Kalmthout en Van der Staak 1994; Bos 2002, 40-46.
[3880] Willemsen 2001, 331, 340, 404; vergelijk Festen et al. 1997; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 28.
[3881] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 17; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 19.
[3882] Breeuwsma, Abma en Dane 2003, 626; vergelijk Van Lieshout en De Ridder 1991b, 26.
[3883] Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002, 25-34; vergelijk Bos 2002.

geneesmiddel Ritalin voorgeschreven. Vanaf het eind van de jaren tachtig maakte een nieuwe, uit de Verenigde Staten overgewaaide psychiatrische diagnose opgang, de *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). De definitie van deze stoornis bleek rekbaar: diverse vormen van probleemgedrag in gezin en op school zouden symptomen ervan zijn en sommige deskundigen meenden dat een kwart van alle kinderen eraan leed. Lange tijd bestond in Nederland terughoudendheid ten aanzien van Ritalin en werd dit medicijn alleen voorgeschreven als gedragstherapie geen remedie bood. In de tweede helft van de jaren negentig, toen ADHD epidemische vormen leek aan te nemen, verdriedubbelde het gebruik ervan evenwel; zowel het aantal patiënten als de periode waarin ze het middel slikten, namen toe.[3884]

De groei van zowel het aanbod als de vraag naar psychofarmaca hing niet alleen samen met de invloed van de biologische psychiatrie, de marketing door de farmaceutische industrie, de beeldvorming in de media en de geringere kosten en benodigde tijd vergeleken met gespreks-, gedrags- of psychotherapeutische behandelingen, maar ook met de behoeften van de consumenten.[3885] Ten eerste kon de biologische verklaring van psychische stoornissen op veel instemming onder het publiek rekenen, omdat ze hiermee op één lijn met lichamelijke ziekte kwamen te staan en de vraag naar de eigen verantwoordelijkheid buiten beschouwing kon blijven. Ten tweede lag de toenemende consumptie van psychofarmaca in het verlengde van de psychologisering en protoprofessionalisering tijdens de voorgaande decennia, waardoor levensproblemen en psychische moeilijkheden bespreekbaar waren geworden en meer mensen een beroep deden op de professionele hulpverlening. De mondigheid van patiënten en cliënten, die zich sinds de jaren zeventig hadden georganiseerd in actiegroepen en belangenorganisaties en van wie sommigen in publicaties verslag deden van hun ervaringen, nam in de jaren tachtig en negentig verder toe. In nog grotere getale deden zij hun verhaal in boeken, tijdschriften en kranten, in nieuwsrubrieken en praatprogramma's op radio en televisie en op het internet. Enerzijds werden psychische moeilijkheden daardoor 'gewoner', anderzijds werd het minder vanzelfsprekend om deze lijdzaam te ondergaan.

Mensen grepen de beschikbare behandelingsmogelijkheden gauwer aan en verwachtten er meer van, vooral naarmate de kennis erover toenam en ze gemakkelijk verkrijgbaar en toepasbaar waren. Daarbij ging het niet alleen om het verhelpen van klachten. Zoals eerder psychotherapie deels in dienst kwam te staan van de bevordering van welzijn, zelfontplooiing en geluk, werden psychofarmaca soms ook in dit licht gezien. Zo koesteren sommigen hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om met behulp van *designer drugs* het innerlijke leven te optimaliseren en assertiever en socialer te worden. Aan de andere kant bracht de mondigheid van patiënten en hun zaakwaarnemers ook kritiek vanuit deze kring met zich mee op het onvoorwaardelijke en eenzijdige vertrouwen in de psychofarmaca. Zij wezen op de schadelijke lichamelijke en psychische bijwerkingen zoals suïcidale neigingen, agressief gedrag en verslaving. Daarnaast vroegen ze aandacht voor het gemis aan voldoende kennis over de effecten op de langere termijn, het gebrek aan aandacht voor de individuele omstandigheden en belevingswereld van gebruikers, de grote invloed van de commerciële motieven van de farmaceutische industrie, haar eenzijdige voorlichting en de vermenging van onderzoek

[3884] Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002, 72-82.
[3885] Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002; Bos 2002.

en marketing. Verder riep het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen, jongeren en ouderen, terwijl ze alleen op jongere volwassenen waren getest, bedenkingen op.[3886]

De opmars van de psychofarmaca ging maar in beperkte mate ten koste van de psychotherapie en aanverwante psychosociale behandelwijzen. Ondanks de golf van kritiek op bepaalde uitwassen van het psychotherapeutisch bedrijf begin jaren tachtig en de opheffing van zijn bastion, het IMP, handhaafde deze behandelvorm zich grotendeels - weliswaar deels in gewijzigde en meer bescheiden vorm - en groeide zowel het aantal erkende en alternatieve therapeuten als de omvang van hun clientèle in de jaren tachtig en negentig gestaag verder. [3887] Aan het eind van de twintigste eeuw bedroeg het aantal officieel geregistreerde psychotherapeuten - zowel psychiaters als psychologen en enkele maatschappelijk werkers - ruim 4.000, meer dan een verdubbeling ten opzichte van 1980.[3888] Mede vanwege het grote aantal psychologen dat voor dit beroep koos, behoorde Nederland al sinds het eind van de jaren zeventig tot de landen met het hoogste aantal psychotherapeuten in verhouding tot de omvang van de bevolking.[3889] Behalve in de RIAGG'en en de sterk groeiende particuliere praktijken vonden psychotherapeuten ook emplooi in bureaus voor studentenpsychologen, poliklinieken, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, instellingen voor psychiatrische deeltijdbehandeling, categorale voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, alcohol- en drugsklinieken, de forensische psychiatrie en de somatische gezondheidszorg.[3890]

Naast de erkende en gevestigde richtingen als de psychoanalyse en de Rogeriaanse, de (cognitieve) gedrags-, groeps-, gezins- en relatietherapie[3891] bestond er, grotendeels buiten de reguliere geestelijke gezondheidszorg, een gevarieerd behandelaanbod, waaronder psychosynthese, crisis-, psychotrauma-, generatie-, rationeel-emotieve, feministische, wijsgerige, universele, eclectische, muziek-, dans- en schrijftherapie, en 'interapie' (psychotherapie via internet).[3892] De strijd tussen de verschillende psychotherapeutische richtingen luwde echter: niet de achterliggende filosofie of specifieke methode, maar de instrumentele waarde werd het belangrijkste criterium om een bepaalde vorm van psychotherapie toe te passen. Evenals in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen maakte de bevlogenheid van de jaren zestig en zeventig ook in de psychotherapie plaats voor een meer pragmatische en zakelijke oriëntatie. Veel therapeuten gingen zich in toenemende mate tegelijkertijd op meerdere referentiekaders oriënteren. Zo kreeg hun behandeling een pluralistisch en eclectisch

---

[3886] Bos 2002, 38, 39, 78, 226; vergelijk Dehue 2003.
[3887] Schnabel 1986; De Klerk 1989; vergelijk Blok 2004, 213.
[3888] Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 24.
[3889] Lemmens en Schnabel 1994, 15; De Waal 1992, 126.
[3890] Schnabel 1991b, 33-35; Hutschemaekers 1994, 179; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 30-36.
[3891] Aan het eind van de twintigste eeuw bestonden de volgende specialistische verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie, Nederlandse Vereniging voor Groeps-Psychotherapie, Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie, Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, Vereniging voor Gedragstherapie en Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie. Rümke 1995, 145.
[3892] Rümke 1995; Van Soest 1998; Koop 1998. A. Lange, hoogleraar in de relatie- en gezinstherapie aan de Universiteit van Amsterdam, zette Interapy op, een bedrijf met negen medewerkers dat via internet probleemoplossende, directieve psychotherapie aanbood. Donkers 2002.

karakter, 'in de trant van een losjes door elkaar gebruiken van Rogeriaanse basishoudingen, enkele psychoanalytische inzichten en allerlei praktische oefeningen uit de gedragstherapie of uit andere richtingen.'[3893] Daarbij wisten ze zich gesteund door onderzoek waaruit naar voren kwam dat de effectiviteit van psychotherapie niet zozeer afhing van de bijzondere inhoudelijke kenmerken en methodieken van de verschillende richtingen als wel van niet-specifieke factoren, zoals de persoon van de therapeut, de kwaliteit van de therapeutische relatie en het vermogen van cliënten om van hun eigen ervaringen te leren ten einde hun gedrag of houding te veranderen.[3894]

Er was niet alleen sprake van toenadering tussen de verschillende psychotherapeutische scholen, maar er gingen ook stemmen op om psychotherapie en biologische psychiatrie niet langer als antipolen te beschouwen. Zo betoogden de psychiaters M.G.J. Schmeets en A.C. van Reekum dat de ontdekkingen in de neurowetenschappen een nieuw licht wierpen op de mogelijkheden van psychotherapie: de omgeving en de ervaring zouden de ontwikkeling van de hersenen en de wijze waarop de genetische aanleg tot uiting komt, beïnvloeden.

> Rijping van het brein vindt niet autonoom plaats louter op basis van genetische sturing, maar is ervaringsafhankelijk. Het al of niet aanwezig zijn van specifieke stimuli in de omgeving bepaalt of en wanneer bepaalde functies tot ontwikkeling komen. […] ook op latere leeftijd kunnen er onder meer als gevolg van pathogene invloeden, maar wellicht ook als gevolg van psychotherapie, veranderingen optreden in de genetische expressie met als gevolg veranderingen in structuur en functie van het brein.[3895]

Voor zover psychiaters het biopsychosociale model aanhingen, hoefden de biomedische en psychosociale benaderingen elkaar volgens een dergelijke redenering niet uit te sluiten.

Hoeveel mensen jaarlijks psychotherapeutisch behandeld werden, is moeilijk na te gaan omdat zowel in de diverse publieke instellingen van de geestelijke gezondheidszorg als in de particuliere praktijken van psychiaters cliënten niet op deze basis geregistreerd stonden en psychotherapie nauwelijks is af te grenzen ten opzichte van andere vormen van gesprekstherapie. Een indicatie vormt het aantal nieuwe cliënten per jaar van de vrijgevestigde, officieel geregistreerde psychotherapeuten, dat tussen 1980 en 1995 groeide van ruim 19.000 naar bijna 40.000.[3896] Het is aannemelijk dat het aantal cliënten dat één of andere vorm van psychotherapie in de reguliere geestelijke gezondheidszorg onderging, minstens verdubbelde.[3897] Het aantal mensen dat bij alternatieve psychotherapeuten in behandeling kwam, ligt waarschijnlijk nog hoger.

[3893] Kalmthout en Van der Staak 1994, 380; vergelijk Lemmens 1991, 256; Lemmens en Schnabel 1994, 19; Rümke 1995.
[3894] Albersnagel 1989; Schnabel 1991b; De Ridder 1991a; Kalmthout en Van der Staak 1994, 379; vergelijk Schagen 1993; Rümke 1995, 127; Bolhuis en Trijsburg 2001.
[3895] Schmeets en Van Reekum 2000, 464; vergelijk Ladan 1996; Buitelaar 1996; Hendrikx 1998; Koerselman 1998.
[3896] Ten Have et al. 1996, 128; Lemmens et al. 1990, 369; vergelijk Rümke 1995, 11; Langelaan 1999b, 12; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 41.
[3897] *In therapie*. Profiel *NRC Handelsblad* 10-4-1997, 1.

De al in de jaren zeventig op gang gekomen professionalisering werd in 1986 bezegeld met het 'Besluit inzake registratie van psychotherapeuten'. Daarmee kreeg psychotherapie wettelijke erkenning als apart, interdisciplinair vakgebied waarvoor bepaalde kwaliteitsnormen en opleidingseisen golden. Therapeuten die hieraan voldeden, konden zich vanaf 1988 laten inschrijven in een door de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid beheerd register van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Psychiaters die in het specialistenregister van de KNMG stonden ingeschreven, kregen automatisch toegang tot dit register, aangezien psychotherapie onderdeel van hun beroepsopleiding was. Anderen - het ging voornamelijk om psychologen - moesten zich kwalificeren op basis van een gespecialiseerde vervolgopleiding, zoals de vijfjarige postdoctorale opleiding die de zeven Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding onder toezicht van het Centraal Orgaan Opleidingen Psychotherapie verzorgden. Met de Wet BIG werd psychotherapie als basisberoep in de gezondheidszorg erkend en de titel psychotherapeut beschermd. Geregistreerde therapeuten konden voor hun werkzaamheden ter verantwoording worden geroepen en ze kwamen onder een beroepstuchtrecht te vallen. De wet gaf geregistreerde therapeuten echter geen beroepsbescherming in de zin dat zij het alleenrecht kregen om psychotherapie te bedrijven; niet-erkende behandelaars konden zich er straffeloos mee blijven bezighouden.[3898]

De collectieve financiering op basis van de AWBZ, die zich vanaf 1989 van de institutionele psychotherapie uitbreidde tot de particuliere praktijken van psychiaters en, onder bepaalde voorwaarden, ook tot de vrijgevestigde (erkende) niet-medische therapeuten, garandeerde een ruime toegankelijkheid. De AWBZ vergoedde negentig psychotherapiezittingen, waarbij voor elke sessie een eigen bijdrage was verschuldigd - deze steeg in 1993 van vijf naar twintig gulden. De AWBZ-financiering ten behoeve van vrijgevestigde niet-medische psychotherapeuten vond tot 1994 plaats op basis van de zogenaamde 'verlengde-arm-constructie': nadat een psychiater de diagnose had gesteld, kon deze de behandeling uitbesteden aan een gespecialiseerde psychotherapeut. Vanaf 1994 kwamen de particuliere praktijken van deze psychotherapeuten voor deze financiering in aanmerking als ze onder supervisie van en na indicatiestelling door een RIAGG cliënten van deze instelling behandelden. Verder werd psychotherapie bekostigd door het Ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeringen en cliënten die de behandeling voor eigen rekening namen. Het aantal therapiezittingen dat voor vergoeding door middel van collectieve verzekeringen in aanmerking kwam, werd in de jaren negentig en aan het begin van de eenentwintigste eeuw teruggebracht tot in principe 25 en tot vijftig voor bijzonder gecompliceerde aandoeningen. Tevens werden de voorwaarden aangescherpt.[3899]

Hoewel psychotherapeuten sterk waren geconcentreerd in de Randstad, met name in Amsterdam, raakten zij mede door de RIAGG'en beter over het land verspreid. In de jaren tachtig overheerste binnen deze instellingen nog sterk de koers die in de jaren zeventig door de MOB's, BLGM's en IMP'en was uitgezet: een gerichtheid op

---

[3898] Haaijman 1986; Schnabel 1991b; Trijsburg 1999; Van der Staak, Dalewijk en Everaerd 1999; Bakker, Deege en Wijsbek 1991; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001.

[3899] Simons 1993, 35-36, 46, 72; Rümke 1995, 142-143; Van Dyck 1993; Pols 1993; Ten Have et al. 1995, 105; Vos en Hutschemaekers 1999, 182; Van Soest 1988; Bakker, Deege en Wijsbek 1991; Van Dantzig 2002.

psychosociale problemen en een sterke voorkeur voor psychotherapeutische behandelwijzen, die onder de medewerkers in hoger aanzien stonden dan sociaalpsychiatrische en preventieve werkzaamheden.[3900] Psychotherapeuten, die ongeveer een zesde van alle arbeidsplaatsen van de RIAGG'en bezetten, wisten een zekere autonomie te handhaven door in Organisatorische Eenheden voor Psychotherapie te opereren. Zij wisten zich nog steeds als toonaangevende deskundigen te profileren, aan wie andere behandelaars zich spiegelden.[3901] Mede hierdoor was de RIAGG-hulpverlening niet voor iedereen even toegankelijk: lijders aan zware en chronische psychiatrische stoornissen, die vaak gepaard gingen met sociale ontreddering, waren in dat opzicht in het nadeel vergeleken bij hulpvragers met lichtere psychische of psychosociale moeilijkheden, die zich doorgaans aanspreekbaar en gemotiveerd opstelden.[3902] Bijna een kwart van de cliënten die zich rond 1990 bij een RIAGG aanmeldden, werd doorverwezen naar andere instanties, zoals het maatschappelijk werk, de huisarts, psychiatrische ziekenhuizen en de verslavingszorg. Een groot deel hiervan betrof psychiatrische patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en gedrags- en/of verslavingsproblemen. Driekwart van de cliënten die deze kenmerken vertoonden, werden onmiddellijk of na enkele gesprekken doorverwezen; slechts vijftien procent van hen kreeg een behandeling binnen de RIAGG aangeboden.[3903]

Het therapeutische aanbod van de RIAGG'en was beter afgestemd op mensen zonder uitgesproken psychopathologische symptomen, die in staat waren om hun problemen te verwoorden, die zich geschikt toonden voor gesprekstherapie en daarbij enig vermogen tot zelfreflectie aan de dag legden. Dit bracht met zich mee dat hoger opgeleiden, jongeren en vrouwen een streepje voor hadden op laagopgeleiden, ouderen en mannen. Aan het begin van de eenentwintigste eeuw waren hoogopgeleide vrouwen met lichtere problemen nog steeds over- en laagopgeleide mannen met ernstige stoornissen nog steeds ondervertegenwoordigd in de RIAGG.[3904] RIAGG-hulpverleners vertoonden een voorkeur voor wat langer durende psychotherapeutische behandelvormen waarin de verwerving van zelfinzicht en veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur centraal stonden en ze kwamen veel minder tegemoet aan mensen met een behoefte aan meer kortdurende, concrete en direct op hun klachten gerichte hulp. Tevens was de behandeling van cliënten die er zowel in psychisch als in sociaal opzicht slecht aan toe waren, minder intensief en frequent dan de hulpverlening aan cliënten die er relatief beter voorstonden.[3905]

De ambities van de behandelaars stonden echter op gespannen voet met zowel voorkeuren en verwachtingen van de meerderheid van de cliënten als de daadwerkelijke praktijk van de hulpverlening. Inhoudelijk bewoog het therapeutische repertoire van de RIAGG zich tussen twee polen: enerzijds een open en explorerende benadering gericht

---

[3900] Festen et al. 1997, 101-102; Witteman 1995, 284, 297; vergelijk Roelofs 1997, 81, 145.
[3901] Lemmens et al. 1990, 370.
[3902] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992; Osselaer-Schouterden 1995; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999.
[3903] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 12-13.
[3904] Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 25-26, 35; vergelijk Lemmens 1989; De Waal 1988. Internationale vergelijking leert dat dit ook gold voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Duitsland, de Verenigde Staten en Canada. *NRC Handelsblad*, Thema Riagg. 7/8-6-2003, 45-48.
[3905] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 32-33; Osselaer-Schouterden 1995.

op het individuele psychische functioneren en het actief verwerven van zelfinzicht en anderzijds een directieve, structurerende en probleemoplossende aanpak met concrete aanwijzingen, adviezen en oefeningen. Terwijl tachtig procent van de clientèle neigde naar de laatste en slechts twintig procent - in deze groep waren vrouwen, alleenstaanden, jongeren en hoger opgeleiden oververtegenwoordigd - een uitgesproken voorkeur voor de eerste aan de dag legde, vonden veel hulpverleners dat een behandeling pas echt voltooid en geslaagd was als deze bij cliënten een innerlijke verandering en persoonlijke groei teweeg had gebracht.[3906] De behandelplannen waren vaak op de explorerende variant geënt, maar in het feitelijke verloop van de hulpverleningscontacten verschoof het accent meestal naar een meer pragmatische benadering. Over het algemeen vonden er minder gesprekken plaats en duurde de gehele behandeling korter dan de hulpverleners eigenlijk nodig achtten. De gerealiseerde behandeling sloot uiteindelijk beter bij de wensen van de meeste cliënten aan dan bij de opzet van de hulpverleners en de eersten bleken dikwijls met minder tevreden dan wat de laatsten voor ogen hadden.[3907]

Enquêtes onder cliënten gaven aan dat de meerderheid matig tot redelijk tevreden was over de RIAGG-behandeling. Ouderen toonden zich de meest tevreden cliënten van de RIAGG.[3908] De cliënten van de volwassenen- en jeugdafdelingen waren over het algemeen kritischer, maar een uitgesproken negatief oordeel over de hulpverlening in de zin dat deze nauwelijks of geen enkele verbetering had teweeggebracht of hun toestand zelfs had verslechterd, bleef beperkt tot een minderheid van tussen 20 en 30 procent.[3909] Ongeveer de helft van de RIAGG-cliënten meende dat de behandeling wel enig effect had gehad, ook al waren de verbeteringen meestal bescheiden en verklaarde nog geen 10 procent van hen dat ze volkomen vrij waren van klachten.[3910] In dit opzicht scoorden de RIAGG'en iets beter dan de poliklinieken, maar veel slechter dan de particuliere praktijken, waarin bijna 80 procent van de cliënten min of meer positieve effecten van de therapie bespeurde. De mate van tevredenheid over het resultaat van de behandeling hing over het algemeen niet zozeer samen met de inhoud ervan als wel met de bejegening door de hulpverlener, de duur ervan en de wachttijd alsook met de ernst van de klachten en de bereidheid van mensen om verandering in hun toestand te brengen: hoe zwaarder de problemen en hoe geringer de motivatie, des te kleiner de kans was op verbetering.[3911] Meer in het algemeen bleek uit opinieonderzoek van de Consumentenbond dat mensen minder vertrouwen in de genezende werking van de geestelijke gezondheidszorg dan in die van de algemene gezondheidszorg hadden. Waar 87 procent van de ondervraagden geloofde dat professionele hulp bij lichamelijke gezondheidsproblemen tot genezing leidde, gold dat maar voor de helft in het geval van psychische problemen.[3912] Het

---

[3906] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4; vergelijk Friele, Albada en Sluijs 2006, 53.
[3907] Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 18, 27; vergelijk De Beer en Hutschemaekers 1996; Vermande, Faber en Hutschemaekers 1997; Schaefer, Schene en Koeter 1999.
[3908] De Beer en Hutschemaekers 1996.
[3909] Andela en Luiten 1986, 1232; De Brey en Peereboom 1986; Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 27; Festen et al. 1997, 105; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29; vergelijk Cuijpers en Telleman 1995.
[3910] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 28; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29.
[3911] Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 95, 100.
[3912] Friele, Verhaak en Andela 2000, 127-128.

geringere vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg bleek nauw samen te hangen met het negatieve beeld dat veel respondenten hadden van mensen met psychische problemen alsook met hun onbekendheid met deze hulpverlening. Dat kan mede verklaren waarom de huisarts veel meer vertrouwen genoot.[3913]

Voortdurend kreeg de RIAGG van de overheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en hulpverleners in de intramurale en sociale psychiatrie het verwijt dat haar sterke gerichtheid op min of meer gemotiveerde mensen met psychosociale en lichte psychische moeilijkheden, die zich vaak uit eigen beweging aanmeldden en die op reguliere spreekuren met praattherapieën waren te behandelen, ten koste ging van de minder mondige psychiatrische patiënten, voor wie medische behandeling, *outreachende* sociaalpsychiatrische begeleiding ofwel 'bemoeizorg', thuiszorg, crisisinterventie en bemiddeling bij een eventuele opname nodig waren. De RIAGG schoot te kort in haar rol als poortwachter voor de intramurale zorg: eind jaren tachtig verliep slechts een derde van de ziekenhuisopnamen via deze instelling. De RIAGG hield te veel afstand van het psychiatrisch ziekenhuis en in verband met de nagestreefde extramuralisering en de substitutie van bedden door stoelen zou zij ernstig in gebreke blijven.[3914] De RIAGG zou ook tekortschieten op het vlak van de openbare gezondheidszorg, de opvang van mensen met psychische stoornissen die zichzelf niet bij de hulpverlening aanmeldden, maar die wel voor overlast in de maatschappij zorgden, een gevaar voor zichzelf vormden of zichzelf ernstig verwaarloosden. Deze taak kwam in de grote steden voorheen toe aan de sociaal-psychiatrische diensten van de GG en GD, waarvoor gemeentebesturen direct verantwoordelijk waren; op de particuliere RIAGG daarentegen hadden zij geen directe invloed.[3915]

Mede als gevolg van dergelijke kritiek, de hierboven geschetste ontwikkelingen in de hulpverleningspraktijk en ook vanwege de steeds nauwere samenwerking en fusies met psychiatrische ziekenhuizen verlegden de RIAGG'en in de jaren negentig hun koers. Ze gingen meer werk maken van de behandeling van psychiatrische patiënten en samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen. Het accent verschoof van de psychosociale moeilijkheden naar de zwaardere psychische stoornissen, waardoor de medische en sociaalpsychiatrische taken meer nadruk kregen.[3916] Daarnaast kwam er meer aandacht voor hulpverlening aan specifieke groepen, zoals ouderen en allochtonen, waarvoor de psychotherapeutische mogelijkheden beperkt waren. Ouderen waren licht oververtegenwoordigd in de RIAGG'en: terwijl 13 procent van de Nederlandse bevolking ouder was dan 65 jaar, bestond begin jaren negentig 16 procent van de RIAGG-clientèle uit 65-plussers, die voor het merendeel door hun huisarts waren doorverwezen. De ouderenzorg was de jongste en snelst groeiende specialisatie binnen de ambulante sector. Als gevolg van het groeiende aantal ouderen in verzorgings- en verpleegtehuizen kwam er zowel in de geriatrie als in de psychiatrie meer aandacht voor de (extramurale) zorg

---

[3913] Nabitz, Vis en Van den Brink 2001.

[3914] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 75; Van der Reijden 1984, 44-45; 52-53; 64-66; Van Lieshout en Stoelinga 1988, 244; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 79; Mispelblom Beyer 1983; Verbraak 1984; Van Lieshout 1985a; Brook et al. 1988; Horn, Van Ommen en Verhoeff 1988; Robben 1992; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 159; Witteman 1995, 306.

[3915] Wennink 1998, 95; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a; Gersons et al. 1993.

[3916] Festen et al. 1997, 15, 18; vergelijk Witteman 1995, 269-270.

voor bejaarden met psychische problemen.[3917] Tachtig procent van deze cliënten leed aan typische mentale ouderdomsstoornissen. Andere frequent voorkomende psychische klachten betroffen depressie, relatieproblemen, eenzaamheid en angst. Onder ouderen gingen psychische moeilijkheden vaak gepaard met lichamelijke en sociale problemen. Voor dementerende ouderen waren de therapeutische mogelijkheden van de RIAGG beperkt: praktische sociale ondersteuning of opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis lagen meer voor de hand. Oudere cliënten met andere psychische moeilijkheden kregen behandelingen door middel van gesprekken, begeleiding, advisering en medicatie, waarbij de nadruk lag op een kortdurende, praktische en probleemgerichte aanpak en er van meer diepgaande psychologische beïnvloeding weinig sprake was. Bij de ouderenzorg waren voornamelijk sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en artsen en nauwelijks psychologen en psychotherapeuten betrokken.[3918] Vanwege de grote mate van afhankelijkheid van ouderen en de uiteenlopende belangen en draagkracht van diverse betrokkenen (partners, familie, andere hulpverleners) namen bemiddeling, coördinatie en de afweging tussen thuiszorg of opname in een verzorgings- of verpleegtehuis een belangrijke plaats in de ouderenhulpverlening in.

Naarmate het aantal cliënten van allochtone afkomst en asielzoekers met psychische problemen toenam, kwam er meer aandacht voor etnische minderheden en culturele verschillen in de geestelijke gezondheidszorg.[3919] Naar aanleiding van problemen die zich op het terrein van de diagnostiek, behandeling en communicatie voordeden met allochtone patiënten werden in Santpoort (1985) en Endegeest (1993) werkgroepen 'etnopsychiatrie' of 'migranten' opgericht. Ook vonden er vanaf medio 1985 symposia en congressen over dit onderwerp plaats.[3920] Telkens weer werd geconstateerd dat de reguliere hulpverlening onvoldoende aansloot op de belevingswereld van veel allochtonen, waardoor zij niet de zorg kregen die zij, gezien de hoge frequentie van psychische en psychosociale moeilijkheden, nodig hadden.[3921] De sterk op het individu toegesneden werkwijze van de ambulante geestelijke gezondheidszorg met een sterke nadruk op praten, openheid, onderhandeling, psychologisch inzicht, informele gedragsregels en eigen initiatief stond op gespannen voet met hun op het collectief, met name de familie, gerichte belevingswereld, waarin strikte gedragsregels, aanzien en eer een grote rol speelden. Mede vanwege het taboe op geestesziekte en psychiatrie, vertoonden veel allochtonen, met name die met een islamitische achtergrond, een sterke neiging om geestelijke moeilijkheden te vertalen in lichamelijke klachten of deze in godsdienstige termen te begrijpen. Praten zagen zij doorgaans niet als behandeling en van

---

[3917] Robben 1992.

[3918] De Beer en Hutschemaekers 1996.

[3919] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19; Kleinlugtenbeld en Naaykens 1998; Blok 1998d, 269-270; Langelaan 2001c.

[3920] Wesenbeek 1991, 195; Blok 1998d, 269. Hoewel sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals Santpoort, in de jaren tachtig te maken kregen met een sterke stijging van patiënten van buitenlandse afkomst, lag het gemiddelde aantal opnamen van allochtonen niet hoger dan dat van autochtonen. In de jaren zeventig lag het zelfs lager. Zie Brook en De Graaf 1985, 199.

[3921] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 102-103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 97; Noorlander 1993; Kortmann 1997; Van Dijk et al. 2000. In dit verband werd ook gepleit voor meer openheid voor geneeswijzen uit andere culturen. Willemsen 2001, 315; Dugardyn 2000.

hulpverleners verwachtten zij in hoge mate leiding en sturing.[3922] Aan de andere kant waren er ook tekenen dat de cultuurverschillen in de omgang met psychische problematiek, bijvoorbeeld die tussen Surinamers en Nederlanders, niet zo groot waren. Bovendien zouden cultuurverschillen minder invloed hebben naarmate de psychische problemen ernstiger waren: psychotische ziektebeelden vroegen minder om een cultuurgebonden aanpak dan neurotische of psychosociale problemen. Als het om de laatste ging, speelden sociaaleconomische achterstanden evenzeer een rol als cultuurverschillen.[3923]

Psychiatrische patiënten, ouderen en allochtonen waren over het algemeen niet gebaat bij inzichtgevende psychotherapie. Mede hierdoor verdwenen de Organisatorische Eenheden Psychotherapie vanaf het eind van de jaren tachtig en maakte de langer durende en op het psychisch functioneren gerichte psychotherapeutische aanpak in toenemende mate plaats voor kortere, mindere intensieve en meer concrete, direct op de klachten geënte behandelingen.[3924] 'In de jaren zeventig konden we rustig een paar uur praten in een sessie, maar dat werkt niet', aldus een aan een RIAGG verbonden maatschappelijk werker. 'Te lang ergens over doorpraten kan ziekmakend werken. Korte gesprekken bieden veel structuur.'[3925] Begin jaren negentig bestond de gemiddelde RIAGG-behandeling uit 8 á 9 individuele gesprekken van zo'n 3 kwartier verspreid over 4 á 5 maanden. Ongeveer de helft van de cliënten onderging een korte behandeling (maximaal 3 maanden) met ten hoogste 4 á 5 hulpverleningscontacten, terwijl een minderheid van 8 procent meer dan 50 hulpverleningscontacten had.[3926] Ongeveer de helft van de RIAGG-cliënten werd in het midden van de jaren negentig behandeld met een of andere vorm van directieve therapie, 16 procent met kortdurende steunend-toedekkende gesprekshulp (gemiddeld 5 zittingen), 15 procent met medicijnen en begeleiding en 11 procent met een langer durende inzichtgevende psychotherapie (30 tot 35 wekelijkse gesprekken).[3927]

De ontwikkelingen in de RIAGG weerspiegelden meer algemene veranderingen op het gebied van de psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening. Het onderscheid tussen psychotherapie en andere vormen van hulpverlening verwaterde, niet alleen in de RIAGG, maar ook in andere instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. De hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om mensen te veranderen en te bevrijden werden getemperd door het meer bescheiden streven om hun lijden op een effectieve en zo efficiënt mogelijke manier te verlichten en symptomen te bestrijden en te beheersen.[3928] De sterk door de psychoanalyse gekleurde benadering waarin psychotherapie als een langdurig en intensief proces van zelfexploratie gold en de in de jaren zeventig populaire Rogeriaanse, existentiële benadering waarin persoonlijke groei en vrijwording centraal stonden, verloren terrein. Hoewel de psychoanalyse in de

---

[3922] Eppink 1981; Six, Örücü en Botros 1981; Pannekeet et al. 1987; Van der Meer 1987b; Limburg-Okken en Jansen 1987; Kortmann 1991; Thung 2000; Van Dijk et al. 2000; Bos 2002, 192, 197, 206.
[3923] Kortmann 1991; Knipscheer et al. 1999; Kunst en Pels 1994; Dieperink, Van Dijk en Wierdsma 2002.
[3924] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 75; Schaefer, Schene en Koeter 1999; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999.
[3925] Willemsen 2001, 370.
[3926] Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 16; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 156.
[3927] Festen et al. 1997, 17-18; vergelijk Lemmens en Schnabel 1994, 17-18.
[3928] Schnabel 1991b; Schrameijer 1990; Lemmens et al. 1988.

populaire beeldvorming als pars pro toto voor de psychotherapie gold en het Freudiaanse gedachtegoed grote bekendheid genoot, was het aandeel van de klassieke psychoanalyse in het totaal van de psychotherapie - 0,1 procent van de clientèle - miniem geworden. Op jaarbasis waren niet meer dan tussen 500 en 700 mensen in analyse. De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse telde aan het eind van de eeuw ruim 200 en het Psychoanalytisch Genootschap ruim 100 leden. Behalve met de lange duur en de hoge kosten hing de afnemende invloed van de psychoanalyse ook samen met het toenemende belang van empirische verifieerbaarheid en meetbare effectiviteit. Het psychoanalytische begrippenkader vond geen ingang in de DSM-classificatie.[3929]

Terwijl eind jaren zeventig in de IMP'en de psychodynamische en introspectieve therapievormen domineerden, vonden nu in toenemende mate de korter durende symptoom- en klachtgerichte cognitieve en gedragstherapieën, gebaseerd op leertheorieën en conditioneringsmodellen, het meest frequent toepassing. Waar therapeuten eerder hun cliënten selecteerden op geschiktheid en zij optimistische verwachtingen koesterden omtrent de mogelijkheid om veranderingen in hun persoonlijkheid teweeg te brengen, stemden zij de behandeling nu meer af op de behoeften en beperkingen van de hulpvragers en verschoof het accent naar directieve, structurerende en ondersteunende behandelingen. Deze waren niet voorbehouden aan erkende psychotherapeuten, maar ze behoorden in principe tot de therapeutische bagage van alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en ze werden ook ingezet om psychiatrische patiënten te begeleiden en hun zelfstandigheid te bevorderen.[3930] De afnemende invloed van psychotherapie in enge zin hing ook samen met de tendens om sociale moeilijkheden en psychiatrische ziektebeelden in mindere mate dan voorheen te reduceren tot individuele, psychologische problematiek. De exclusief psychologiserende optiek maakte plaats voor een meer generalistische, pragmatische en meerzijdige aanpak die recht deed aan de meervoudige contexten van stoornissen en problemen.[3931]

Deze ontwikkelingen gaven aanleiding tot discussies over wat psychotherapie moest inhouden en tot defensieve reacties van psychotherapeuten die wensten vast te houden aan psychotherapie als min of meer exclusief specialisme gericht op innerlijke exploratie.[3932] De psycholoog J.H. Dijkhuis, die een vooraanstaande rol had gespeeld in het streven om van psychotherapie een apart, gespecialiseerd vak te maken, kwam daarvan terug: alle hulpverleners dienden in meer of mindere mate over psychotherapeutische vaardigheden te beschikken.[3933] Psychotherapeuten die korte symptoom- en klachtgerichte behandelingen niet als echte psychotherapie beschouwden en zich toelegden op de meer intensieve persoonsgerichte en inzichtgevende benadering, konden zich hierin moeilijk vinden en zochten hun heil in toenemende mate in particuliere praktijken.[3934] Rond het jaar 2000 vormde de eigen praktijk in omvang de belangrijkste werkplek van erkende psychotherapeuten; de RIAGG, die begin jaren

---

[3929] Schnabel 1995, 107-146; Van Ginneken 1998, 290, 292; vergelijk Schnabel 1998a; Waning et al. 1995; Abma en Weijers 2005, 236.
[3930] Lemmens et al. 1990; Schnabel 1991b, 34-35; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 55-57, 102-105.
[3931] Hutschemaekers en Oosterhuis 2004.
[3932] Berten 1985; Gravestein en Waage 1987; De Klerk 1989; De Bont 1990; Lemmens 1991; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001.
[3933] Dijkhuis 1989, 1057; vergelijk Van Groeningen 1990.
[3934] Hutschemaekers, Van Der Camp en Van Hattum 2001, 104-105; vergelijk Lemmens 1991, 251.

negentig nog deze positie innam, en het psychiatrisch ziekenhuis en de daaraan verbonden poliklinieken, kwamen op de tweede en derde plaats.[3935]

Deze verschuiving van publieke instellingen naar particuliere praktijken werd ook in de hand gewerkt omdat de invulling die vrijgevestigden aan psychotherapie gaven, op gespannen voet stond met de richtlijnen van de *evidence-based medicine* en de behandelprotocollen, die steeds meer de toon gingen aangeven in de publieke geestelijke gezondheidszorg. Bovendien bood de particuliere praktijk de mogelijkheid om te ontsnappen aan bureaucratisering en managementtaken en om min of meer selectief cliënten aan te nemen. De particuliere praktijken, waar de wachttijden en intakeprocedures veel korter waren dan bij instellingen als de RIAGG en de eigen bijdragen hoger waren, bedienden vooral de beter opgeleide en hogere inkomensgroepen alsmede de Yavis-cliënten - *young, attractive, verbalising, intelligent, successful* - die gemotiveerd waren en over de nodige vaardigheden beschikten: mensen die weliswaar gebukt gingen onder 'lijdensdruk' (*'ill enough to need it'*), maar bestand waren tegen de pijnlijke gevoelens, spanningen en angsten die de behandeling kon oproepen (*'sound enough to stand it'*).[3936]

Niet alleen de inhoud van psychotherapie, ook de status ervan als apart vak kwam ter discussie te staan. De Wet BIG bracht meer verwarring dan helderheid met betrekking tot het beroep van psychotherapeut teweeg. Deze wet erkende psychotherapie als basisberoep terwijl zij in feite een specialisatie was van voornamelijk psychiaters, klinisch psychologen, gezondheidspsychologen en kleinere aantallen andere artsen en maatschappelijk werkers. Bijna alle psychiaters en klinisch psychologen waren ingeschreven in het psychotherapieregister. Hoewel de wet BIG een specialistische, postdoctorale opleiding als voorwaarde stelde voor de toekenning van de titel psychotherapeut, konden psychiaters zich op grond van hun beroepsopleiding zonder aanvullende psychotherapieopleiding in het register inschrijven. In psychiatrische kring bestond al veel langer twijfel aan het nut van de aparte status van de psychotherapeut. Onder psychologen ontstond ook onvrede over de BIG omdat een groot aantal klinisch psychologen tegelijkertijd als psychotherapeut en als gezondheidspsycholoog stond ingeschreven en deze twee basisberoepen een grote overlapping vertoonden. Er gingen stemmen op om psychotherapie niet langer als basisberoep te beschouwen, maar, net als in andere landen, als specialisatie van psychiaters en klinisch psychologen. Eind jaren negentig adviseerde het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg de Minister van WVC om het register voor psychotherapeuten op termijn te sluiten, waardoor psychotherapie als basisberoep op den duur zal verdwijnen en een psychologische en psychiatrische specialisatie wordt.[3937] Hierdoor, en ook als gevolg van de verschuiving van de instellingen naar de eigen praktijken, verloor de

---

[3935] Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 31-33; vergelijk Simons 1993, 34.

[3936] Rümke 1995, 72-74; vergelijk Van Soest 1989, 17; Langelaan 1999b; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 105-106. Veertig procent van de cliënten kreeg de behandeling via de RIAGG vergoed op basis van de AWBZ, terwijl 35 procent van de cliënten deze zelf betaalde. Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 108.

[3937] Koerselman 1998; Van der Staak, Dalewijk en Everaerd 1999; Bakker 1999c; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 112-113; vergelijk Festen 1991.

multidisciplinaire behandelideologie, die een belangrijke rol in de IMP'en had gespeeld, aan betekenis.[3938]

Ondanks de problemen waarmee de professionele psychotherapie kampte, raakte het psychotherapeutische gedachtegoed, in het kielzog van het 'ik-tijdperk' en de voortgaande individualisering, ingeburgerd in de Nederlandse maatschappij en kreeg het in verwaterde vorm - de psychobabbel - invloed op het denken en handelen van steeds meer mensen.[3939] Het ging om een dalend cultuurgoed. De preoccupatie met het eigen gevoelsleven en de articulatie van innerlijke roerselen, die in de jaren zestig en zeventig vooral waren aan te treffen onder bepaalde categorieën 'protoprofessionele' jongeren en hoger opgeleiden, en die aanvankelijk grotendeels beperkt bleef tot de therapeutische setting, werden door andere bevolkingsgroepen overgenomen. Mensen gingen het gewoner vinden om in psychologische termen over zichzelf en anderen te praten en ze verwezen steeds vaker naar hun gevoel en stemming om hun gedrag te legitimeren. Terwijl de intellectuele kringen waarin psychotherapie in de jaren zestig en zeventig opgang had gemaakt, er enige ironische afstand van begonnen te nemen en in de geestelijke gezondheidszorg de intensieve explorerende psychotherapie in de loop van de jaren tachtig en negentig aan betekenis inboette, verspreidden het psychotherapeutische jargon en denkkader zich in min of meer verbasterde vorm vooral via de massamedia[3940], zelfhulpliteratuur, internet en allerlei therapeuten, trainers, adviseurs en consultants in de intieme levenssfeer, in opvoeding en onderwijs, in de kerk, in de sport, in de reclame, in de politiek, in het bedrijfsleven, op publieke manifestaties en vooral in de uitdijende slachtofferhulp, onder andere voor mensen die leden aan zogenaamde psychotrauma's of posttraumatische stressstoornissen. De diagnosen psychotrauma en posttraumatische stressstoornis werden aanvankelijk vooral gebruikt om de psychische problemen van oorlogsgetroffenen aan te duiden, maar vanaf de jaren zeventig ging ook het geestelijke leed van andere slachtoffers eronder vallen. Slachtofferhulp Nederland was een van de snelst groeiende organisaties in Nederland. In 2002 meldden zich ruim 90.000 mensen voor nazorg bij uiteenlopende calamiteiten, zoals verkeersongelukken, bedreigingen, gijzelingen, gewelds- en zedendelicten en inbraken.[3941]

Rond de millenniumwisseling was er in de Nederlandse samenleving sprake van een sterke behoefte om collectief uitdrukking te geven aan emoties: uitbarstingen van euforie werden afgewisseld met geritualiseerde uitingen van verdriet en rouw naar aanleiding van rampen, 'zinloos geweld' en de al dan niet gewelddadige dood van bekende Nederlanders. Daarbij vertroebelde het onderscheid tussen de publieke en de privésfeer: persoonlijk slachtofferschap, lijden en verdriet werden breed uitgemeten in de media en dit ging gepaard met een streven om erkenning te verkrijgen voor subjectieve belevingen en wensen.[3942] Tegelijkertijd was er een toenemende neiging om de risico's van het leven te beheersen en konden mensen tegenslagen en calamiteiten steeds moeilijker accepteren als gegeven of onvermijdelijke begeleidingsverschijnselen van het

---

[3938] Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 109.
[3939] Schnabel 1991b, 31.
[3940] Zo groeide de oplage van het populariserende tijdschrift *Psychologie Magazine*, dat in 2002 werd uitgeroepen tot tijdschrift van het jaar, tussen 2000 en 2002 van 40.000 tot meer dan 80.000.
[3941] Gersons 1990; Withuis 2002; Van Teeseling 2004.
[3942] Kleijwegt 1995; Jansen van Galen 1995; Polman 1995; Beunders 2002; In therapie, *Vrij Nederland* 2002; Pessers 2003.

bestaan. Terwijl het geloof in de maakbaarheid van de maatschappij op zijn retour was, waren controle en vervolmaking belangrijke ankers in het persoonlijke leven geworden. Voortdurend kregen mensen allerlei programma's en cursussen aangeboden om greep te krijgen op hun levensloop en nieuwe vaardigheden aan te leren, zoals zelfinzicht, emotionele intelligentie, empathie, het reguleren en productief aanwenden van gevoelens en het omgaan met relaties, waardoor zij hun opgeschroefde ambities zouden kunnen realiseren.[3943]

[3943] Van der Stel 1999, 150; vergelijk Van der Horst 2005, 34.

5.5. Geestelijke gezondheidszorg en samenleving

5.5.1. *Het gebrekkige draagvlak voor vermaatschappelijking*

Mede dankzij het overheidsbeleid vervulde de geestelijke gezondheidszorg door de extramuralisering en transmurale samenwerking een voorhoederol in de vernieuwing van de gezondheidszorg.[3944] In de jaren negentig stond het beleid in het teken van vermaatschappelijking, gericht op het streven naar integratie van (de zorg voor) geesteszieken in de samenleving.[3945] Het was een mooi ideaal, dat binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg op brede instemming kon rekenen, maar de praktijk was weerbarstig. De realisering van de vermaatschappelijking bleef achter bij de verwachtingen, vooral vanwege het gebrek aan draagvlak en draagkracht in zowel de geestelijke gezondheidszorg als de samenleving.[3946]

Uit de opeenvolgende overheidsnota's viel op te maken dat de vernieuwingen moeizaam verliepen en voortdurend nieuwe stimulansen behoefden. Zowel de interne samenwerking tussen de intra-, semi- en extramurale voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg als hun afstemming op andere vormen van hulpverlening verliep niet zonder problemen. Aangezien de verschillende instellingen en echelons aanvankelijk relatief zelfstandig functioneerden en hun domeinen afschermden, kwam de samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg, vooral bedoeld om de continuïteit van de zorg te waarborgen, maar langzaam en moeizaam van de grond. Zowel de horizontale afstemming tussen de diverse extramurale voorzieningen (RIAGG, polikliniek en zelfstandig gevestigde psychiaters) en die tussen de intramurale instellingen (algemene en categorale ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) als de verticale aansluiting van de echelons op elkaar, lieten te wensen over. [3947] De echelonnering was al vanaf de jaren zeventig ondermijnd doordat met name psychiatrische ziekenhuizen steeds meer activiteiten gingen ontplooien die eigenlijk thuishoorden bij voorzieningen in andere echelons. Met hun poliklinieken en andere extramurale activiteiten zoals crisisinterventie bewogen zij zich op het werkterrein van de RIAGG'en. Het is opvallend dat juist de psychiatrische ziekenhuizen die zich al in de jaren zestig en zeventig met een breed transmuraal zorgaanbod als regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg trachtten te profileren - bijvoorbeeld Sint Willibrord, Welterhof en het Vincent van Gogh Instituut in Venray - in de jaren tachtig en negentig de hekkensluiters waren als het om samenwerking met andere instellingen ging.[3948]

Dergelijke afstemmingsproblemen binnen de geestelijke gezondheidszorg verminderden in de loop van de jaren negentig als gevolg van de fusies tussen de instellingen en de vorming van regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd sloeg een deel van de psychiatrie een koers in die op gespannen voet stond met de vermaatschappelijking. De toenemende nadruk op de medisch-biologische

---

[3944] Vos en Hutschemaekers 1999, 193.

[3945] In het ouderen- en gehandicaptenbeleid was een dergelijke koers al eerder ingezet: sinds de jaren zeventig kwam daarin steeds meer de nadruk te liggen op zorg-op-maat dicht bij huis en de vergroting van de maatschappelijke participatie. Kwekkeboom 1999, 52-53.

[3946] Kwekkeboom 1999; Kwekkeboom 2000; Kwekkeboom 2001.

[3947] Trimbos 1983; Van Lieshout en Stoelinga 1988; Polis en Schnabel 1988; Van der Grinten 1990; Sytema 1994; Van de Beek 1991.

[3948] Bakker en De Boer 2002b, 301-310; Blok s.a.d [1999]; Van Jaarsveld 2005; Jansen 2005.

benadering en curatieve behandeling op basis van *evidence-based medicine*, waarbij de somatische geneeskunde als voorbeeld gold, doorkruiste de sociaalpsychiatrische aanpak waarop de vermaatschappelijking stoelde.[3949] Deze was niet in de eerste plaats gericht op genezing, maar concentreerde zich veel meer op de ondersteunende hulpverlening en de sociale rehabilitatie van met name chronische psychiatrische patiënten, doeleinden die eerder waren aan te merken als welzijnszorg dan als geneeskundige behandeling in engere zin.[3950] Het medisch model liet zich moeilijk verenigen met de problematiek in een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg. Bij veel psychische stoornissen gaat het niet om ziektebeelden die zich volgens eenduidige diagnosen en een schaal van licht naar zwaar of eenvoudig naar gecompliceerd laten indelen. Ernstige geestesziekten vertonen veel meer het patroon van golfbewegingen, zijn dikwijls min of meer chronisch, gaan frequent gepaard met sociale problemen en vragen om vaak langdurige en wisselende vormen van zorg en begeleiding.[3951] De toenemende medisch-biologische oriëntatie van de psychiatrie, die zich daarmee voor een deel afkeerde van de sociale hulpverlening aan moeilijk te behandelen chronische patiënten en die ten koste ging van de inzet voor hun huisvesting in de samenleving, arbeidsrehabilitatie en dagbesteding, bracht een verzwakking van het draagvlak binnen de geestelijke gezondheidszorg voor de vermaatschappelijking met zich mee.[3952]

De vermaatschappelijking was niet alleen bedoeld om psychiatrische patiënten in de maatschappij te integreren, maar ook om de geestelijke gezondheidszorg nauw te laten samenwerken met andere maatschappelijke instanties zoals het maatschappelijk werk, de verslavingszorg, de thuiszorg, woningbouwcorporaties, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten (GG en GD), Sociale Diensten, politie en justitie. Deze samenwerking liet echter nogal te wensen over. Juist als gevolg van de verbeterde samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg, de schaalvergroting als gevolg van de fusies, de nadruk op professionele werkwijzen en de medische oriëntatie van een deel van de psychiatrie, nam de bereidheid om taken met andere instellingen te delen eerder af dan toe. Anderzijds ontbrak het bij de laatste vaak aan deskundigheid en animo om zich structureel met psychiatrische patiënten bezig te houden en zetten zij ook vraagtekens bij de haalbaarheid van het streven naar hun maatschappelijke integratie. Het maatschappelijk werk, de woningbouwverenigingen en de politie zagen zich geconfronteerd met de moeilijke gevallen en de schaduwkanten van de vermaatschappelijking in de vorm van sociaal isolement, verwaarlozing, gebrek aan dagbesteding, overbelasting van de omgeving en sociale opvangvoorzieningen alsook overlast in de samenleving. Tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke instanties bestonden uiteenlopende opvattingen over de noodzaak om overlast te bestrijden en daarbij dwang toe te passen. Voor woningbouwcorporaties bijvoorbeeld was de overlastbestrijding de belangrijkste invalshoek van waaruit zij bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betrokken raakten. Zij

---

[3949] Borst-Eilers 1997a; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998; Kragten 1999; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 29, 89.
[3950] Witteman 1995, 263, 307, 309; Vos en Hutschemaekers 1999, 189; Koerselman 1999; De Haan en Duyvendak 2002, 350-351.
[3951] Van Lieshout en Stoelinga 1988, 246-249, Petry 1988b, 5; Wennink 1999, 540.
[3952] De Roy 1996; ; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 25; Van Hezewijk 1999; Schoemaker 2000; De Wilde 2001; Dröes 2001; Brouwer 2001, 175; Kwekkeboom 2001.

moesten rekening houden met collectieve belangen, met name die van de omwonenden, tegenover het individuele belang van de patiënt.

Soortgelijke bedenkingen bestonden bij gemeentebesturen, die in de tweede helft van de jaren negentig een coördinerende taak kregen toegewezen op het terrein van de sociale hulp- en dienstverlening, en de plaatselijke GG en GDen, belast met onder andere overlastbestrijding en de aanpak van verwaarlozing en vervuiling. Gemeenten bleken onvoldoende toegerust om een regisserende en sturende rol te spelen bij het realiseren van samenhang in het regionale hulpaanbod en konden weinig invloed uitoefenen op de grootschalige instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, die als gevolg van de fusies ontstonden.[3953] De gescheiden financiering van de geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ en de sociale hulpverlening door de gemeenten, belemmerde de totstandkoming van hechte regionale beleids- en hulpverleningsnetwerken. Het ontbrak bij de lokale overheden niet alleen aan financiële middelen, maar ook aan deskundigheid, omdat ze weinig ervaring hadden opgebouwd op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, die overwegend op particuliere basis was georganiseerd.[3954] Nadat de schaduwkanten van de vermaatschappelijking de nodige media-aandacht hadden gekregen, gaven wethouders van een aantal steden in het voorjaar van 2001 te kennen dat de grenzen van het toelaatbare waren bereikt. Dit beleid had tot te veel sociale overlast geleid en met name gestoorde dak- en thuislozen zouden vaker en langer moeten worden opgenomen.[3955]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en ook sommige psychiaters plaatsten in de jaren tachtig en negentig voortdurend kritische kanttekeningen bij de extramuralisering en vermaatschappelijking. Zo wezen zij erop dat de (voorgenomen) afbouw van bedden niet spoorde met de steeds groeiende opnamedruk waarmee psychiatrische ziekenhuizen zich geconfronteerd zagen en dat het ontbrak aan voldoende alternatieve voorzieningen op het terrein van wonen, dagactiviteiten en crisisopvang.[3956] Overbelaste familieleden en andere mantelzorgers alsook verwaarlozing en verloedering van bepaalde groepen patiënten waren het gevolg. Chronische patiënten werden in toenemende mate uit psychiatrische ziekenhuizen ontslagen zonder adequate huisvesting en opvang en zij leefden vaak geïsoleerd en in armoede. De vermaatschappelijking bleek niet voor alle geesteszieken even goed uit te pakken. Met name moeilijk handelbare chronische patiënten, die aan ernstige gedragsstoornissen leden, de professionele hulpverlening meden en sociale overlast veroorzaakten, gaven aanleiding tot zorg. 'Zij draaideuren, zwerven, gebruiken en verhuizen', zo omschreef de psychiater J. Dröes hun lot.[3957] Al in 1984 maakte de Inspectie gewag van mogelijke 'Italiaanse en Amerikaanse toestanden' en daarvan meende zij in de jaren negentig steeds

---

[3953] Kwekkeboom 1999, 67, 192.
[3954] Kwekkeboom 1999, 93; Kwekkeboom 2001.
[3955] Kal 2001.
[3956] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8-9; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 16, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 10; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13; Ravelli 2005, 133.
[3957] Dröes 2002, 143; vergelijk Cuijpers 1996; Henkelman 2002; Mentjox 2002.

meer tekenen te ontwaren: een toenemend aantal psychisch gestoorde dak- en thuislozen in de grote steden, de opkomst en groei van particuliere tehuizen en pensions voor deze groep en een toename van het aantal gedetineerden met psychische stoornissen in gevangenissen.[3958] Aangezien de bereidheid in de samenleving om psychiatrische patiënten op te vangen duidelijk beperkt was, konden sommige geesteszieken de bescherming en de continue en intensieve verzorging in het psychiatrische ziekenhuis moeilijk missen. 'Soms hoort men de verzuchting dat de oude APZen, in een landelijke omgeving, met een behoorlijke diversiteit aan bezigheden op het terrein zelf, voor bepaalde groepen patiënten zo gek nog niet waren. Voor sommige patiënten is dat gewoon zo […]'[3959] Steeds weer hamerde de Inspectie op het gevaar van verwaarlozing van met name chronische patiënten en op de noodzaak om de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis te behouden. In de beleidsnota's van de bewindslieden Simons en Borst-Eilers waren soortgelijke overwegingen aan te treffen.[3960]

De reserves die bij verschillende maatschappelijke instanties en voor een deel ook binnen de geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van de vermaatschappelijking leefden, werden weerspiegeld in de samenleving als geheel. Uit opinieonderzoeken kwam weliswaar naar voren dat slechts vijf procent van de bevolking vermaatschappelijking expliciet afwees, maar ook dat de acceptatie van psychiatrische patiënten in de eigen nabijheid beperkt was. Deze was sterk afhankelijk van hun gedrag en het al dan niet veroorzaken van overlast. Naarmate confrontaties met gestoord gedrag dichterbij kwamen en mensen rekening moesten houden met mogelijke hinder, namen de bedenkingen over de integratie van geesteszieken in de samenleving toe. De bereidheid om psychiatrische patiënten in de eigen leefomgeving toe te laten, vertoonde in de jaren negentig zelfs een dalende tendens. Vermaatschappelijking stond op gespannen voet met de verhardende samenleving waarin gevoelens van onveiligheid en onzekerheid toenamen. Van een breed draagvlak voor vermaatschappelijking leek in de Nederlandse samenleving geen sprake.[3961] De naasten van psychiatrische patiënten stonden positiever tegenover de vermaatschappelijking, maar familieorganisaties brachten wel naar voren dat het beleid te veel zelfstandigheid en zelfredzaamheid van psychiatrische patiënten veronderstelde. Veel familieleden en mantelzorgers waren niet altijd gelukkig met het streven om patiënten zoveel mogelijk thuis te laten wonen en ervoeren de zorglast zowel in materiële als in immateriële zin als (te) zwaar. Zij achtten meer steun van

---

[3958] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 19-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 15-16, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 12; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 67; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, iv, 10; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8, 15; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, 62; Borst-Eilers 1997a, 26-27; Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998, 3.

[3959] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13.

[3960] Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 18; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, v; Simons 1993, 4; Bijker 1994, 42-43; Kragten 1999.

[3961] Kwekkeboom 2000; Kwekkeboom 2001, 216-217.

hulpverleningsinstanties wenselijk en pleitten ook voor ruimere financiële middelen ten behoeve van de mantelzorg.[3962]

Hoewel velen profiteerden van vernieuwingen in de zorg, vooral voor zover die zich meer toespitste op hun individuele behoeften, bestonden er ook onder patiënten zelf gemengde gevoelens over het streven naar maatschappelijke integratie, vooral vanwege het gebrek aan bescherming en acceptatie in de samenleving. Met name op het terrein van sociale contacten, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie en in mindere mate hun financiële mogelijkheden bestonden onder patiënten nog veel onvervulde wensen en liet de kwaliteit van hun bestaan nog te wensen over.[3963] Om de behoefte van veel chronische patiënten aan een veilige en rustgevende woonomgeving te vervullen, kwam in 2005 de Stichting Huisjes tot stand. Het initiatief kwam van R. van der Heijden en G. Francken, die een leidende rol vervulden in de familie- en patiëntenorganisaties Ypsilon en Anoiksis. Van der Heijden, Francken en hun medestanders stelden dat de vermaatschappelijking was doorgeschoten, dat de draagkracht van chronische geesteszieken, met name lijders aan schizofrenie, werd overschat en dat de grote stad geen geschikte leefomgeving voor hen vormde. De beschermende woonvormen, waarin met vier tot zes mensen werd samengeleefd, boden niet voor alle chronische patiënten een geëigende leefsituatie. Het doel van de stichting was om op de terreinen van enkele (voormalige) psychiatrische ziekenhuizen zo'n 15.000 kleine, eenpersoonswoningen te bouwen voor mensen met schizofrenie die zich niet zelfstandig in de maatschappij konden handhaven. Dit initiatief betekende eigenlijk een doorkruising van de vermaatschappelijking en een terugkeer naar het idee dat psychiatrische patiënten een zekere afscherming tegen de samenleving nodig hadden.[3964]

Een van de uitgangspunten van zowel de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg als de wetgeving ten behoeve van de rechten van patiënten was dat, hoewel geesteszieken evenals andere groepen hulpbehoevenden beperkt waren in hun autonomie, oordeelsvermogen en keuzevrijheid, zij niet bij voorbaat van hun rechten en plichten als burger mochten worden uitgesloten. De mate waarin psychiatrische patiënten deze ook daadwerkelijk zouden kunnen uitoefenen, hing deels af van maakbare maatschappelijke voorwaarden: rechtsbescherming en een zodanige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dat zij niet van de rest van de samenleving waren geïsoleerd en voldoende sociale ondersteuning kregen om hun maatschappelijke integratie te bewerkstelligen. In deze redenering werkte het kritische ideeëngoed van de jaren zeventig door. In meer algemene zin had zij veel weg van de gedachtegang op basis waarvan een eeuw eerder een begin was gemaakt met de verheffing van de volksklassen tot volwaardige burgers. De vooronderstelling erachter was dat de realisering van burgerschap grotendeels afhing van de mate waarin maatschappelijke omstandigheden mensen daadwerkelijk in staat stelden zichzelf te ontplooien en zij daarbij op de nodige ondersteuning en aansporing konden rekenen.

Het burgerschap voor psychiatrische patiënten bleek in de praktijk echter moeilijk realiseerbaar en de wijze waarop het vorm moest krijgen raakte in de jaren negentig omstreden. Critici wezen erop dat de beginselen van autonome zelfbepaling en maatschappelijke participatie, die centraal stonden in het moderne burgerschapsideaal,

---

[3962] Kwekkeboom 2001, 197-199.
[3963] Michon et al. 2003, 30-34.
[3964] Stichting ‘huisjes’ 2006; Van Hintum en Vanheste 2006; Pama 2006.

volledig voorbij gingen aan wat juist de essentie van geestesziekte uitmaakt: het gebrekkige vermogen tot zelfbeschikking en zelfredzaamheid en de teloorgang van de vanzelfsprekende en basale verwachtingspatronen in het sociale verkeer. Bovendien brachten zij naar voren dat het streven naar emancipatie van geesteszieken tot burgerschap niet zelden botste met hun eigen wensen en belevingswereld. Niet zozeer de patiënten zelf als wel hun zaakwaarnemers en de beleidsvormers drongen erop aan dat zij voor zichzelf konden, mochten of zelfs moesten beslissen, dat zij in de samenleving dienden te participeren, dat de zorg moest worden afgestemd op hun vraag en dat zij deze als zorgconsumenten zelf moesten articuleren. Door de nadruk op zelfstandigheid en zelfredzaamheid als meest zinvolle bestaansvorm, raakten andere behoeften van psychiatrische patiënten op de achtergrond: veiligheid, zorg, geborgenheid, bescherming, rust, het verlangen naar een overzichtelijk bestaan dat is afgeschermd van de dynamiek en de complexiteit van de samenleving, en begrip voor hun bijzondere belevingswereld en hun kwetsbaarheid. De daarbij horende waarden als zorgzaamheid, inleving, solidariteit en sociabiliteit stonden op gespannen voet met autonome zelfontplooiing. Maatschappelijke integratie en arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten, die in hoge mate afhankelijk zijn van hun directe omgeving, werd bemoeilijkt doordat de sociale samenhang in wijken en buurten in toenemende mate onder druk stond en de arbeidsmarkt eisen stelde waaraan zij bij lange na niet konden voldoen. Zolang volwaardig burgerschap in de eerste plaats samenviel met autonomie, eigen initiatief, mondigheid, actieve maatschappelijke participatie en prestatie (vooral door middel van betaald werk), was voor geesteszieken, net als voor andere hulpbehoevenden, niet meer weggelegd dan een marginaal burgerschap.[3965]

5.5.2. *Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal*

De belangrijkste component van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg was de extramuralisering van de hulpverlening en de sociale integratie van geesteszieken. Daarnaast was er in de regeringsnota's *Onder Anderen* (1993) en *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) alsook de *Beleidsbrief Openbare Geestelijke Gezondheidszorg* (1997) eveneens sprake van een hernieuwde aandacht voor geestelijke volksgezondheid in het algemeen en, daarmee nauw verbonden, de noodzaak van preventie alsmede openbare geestelijke gezondheidszorg voor geesteszieken die zich aan de reguliere hulpverlening onttrokken en die voor maatschappelijke overlast zorgden.[3966] In de loop van de jaren zeventig en tachtig was de nadruk in de ambulante geestelijke gezondheidszorg op de behandeling van individuen komen te liggen. De mogelijk schadelijke invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de geestelijke volksgezondheid, die rond 1970 zoveel aandacht had getrokken, was naar de achtergrond verdwenen.

[3965] Oderwald en Rolies 1990; Bauduin [et al.] 1990, 69-93; Vandermeersch 1990, 66; Pols 1990a; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 140-141; Schnabel 1992; Van der Veen 1992; Donker 1992; Metz en Kok 1994; Wansink 1994; Schnabel 1995, 79-83; Van Loenen 1997; Van Houten 1999; Widdershoven, Berghmans en Molewijk 2000; Rasmussen 2001; Kal 2001; Van der Laan 2002; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 68-69, 73; Pols 2004.

[3966] Samson 1991; Simons 1993, 21, 25, 9; Kal 1995; Borst-Eilers 1997b; Tonnaer 2001; Kwekkeboom 2002.

Onder invloed van epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van psychische stoornissen, de almaar aanwassende zorgvraag en toekomstprognoses die een versnelde groei daarvan voorspelden, kwam er in de jaren negentig weer meer belangstelling voor de maatschappelijke dimensie van geestelijke ongezondheid. Uit epidemiologisch onderzoek kwam naar voren dat bijna een kwart van de bevolking tussen achttien en 65 jaar oud op jaarbasis leed aan een volgens de DSM diagnosticeerbare psychiatrische stoornis of aan ernstige psychosociale problematiek. Meer dan veertig procent van alle Nederlanders zouden in hun leven ooit wel eens met ernstige psychische problematiek hebben te kampen. Depressie, alcoholmisbruik en verschillende fobieën kwamen het meest en schizofrenie en andere ernstige psychosen het minst voor. Oververtegenwoordigd waren mensen met een laag inkomen en geringe opleiding, werklozen, arbeidsongeschikten, alleenstaanden, allochtonen, inwoners van de grote steden, dak- en thuislozen en mensen die leden onder een traumatische jeugd vanwege verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik of psychiatrische ziekte van hun ouders.[3967]

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, die in 1983 door de staatssecretaris van Volksgezondheid als beleidsondersteunend adviesorgaan was ingesteld, gaf eind jaren tachtig opdracht tot een onderzoek naar mogelijke ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en gezondheidszorg. In hun rapport *Zorgen voor geestelijke gezondheidszorg in de toekomst* (1990) voorspelden de onderzoekers een sterk stijgende prevalentie van psychische aandoeningen. Door de vergrijzing zou er meer dementie en met chronische lichamelijke kwalen gepaard gaande geestelijke nood voorkomen. Vanwege de hoge eisen van de moderne prestatiemaatschappij en de groeiende werkdruk zouden psychische problemen onder de beroepsbevolking en onder jongeren, met name die van allochtone afkomst, toenemen. Verder wezen de onderzoekers op de schadelijke invloed van langdurige werkloosheid, hoge sociale en geografische mobiliteit, verzwakkende gezinsverbanden en sociale netwerken en een groei van alcohol- en drugsmisbruik, gewelddadigheid en ander risicovol gedrag onder jongeren. De stijgende frequentie van psychische moeilijkheden hing volgens de onderzoekers voor een groot deel samen met maatschappelijke veranderingen en daarom drongen zij aan op meer aandacht voor de sociaal-culturele invloeden op de geestelijke volksgezondheid.[3968]

Naar aanleiding van deze conclusie gaf staatssecretaris Simons in 1990 opdracht tot een vervolgonderzoek, dat een jaar later resulteerde in het rapport *Vier gevaarlijke kruispunten*. Daarin werden vier maatschappelijke factoren aangewezen die een bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid zouden vormen: de wijde verbreiding van seksueel misbruik en incest, de sterke groei van het aantal arbeidsongeschikten, de achterblijvende positie en discriminatie van etnische minderheden en de afnemende sociale veiligheid.[3969] Dit onderzoek was voor het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur reden om het Nederlands centrum Geestelijke

---

[3967] Bijl, Van Zessen en Ravelli 1997; Bijl en Ravelli 1998; vergelijk Van der Reijden 1984, 15-16, 19, 49-50; Hamers en Driessen 1986; Hodiamont et al. 1986; Giel, Wiersma en De Jong 1987; De Heus 1991; Bangma en De Groot 1993; Ruwaard en Kramers 1993; Coopmans 1997; Schnabel 1997b; Vermande en Bijl 1997; Kwekkeboom 1999, 37-41; Wennink 1998, 77; Van der Stel 2001a; Ten Have et al. 2003.
[3968] Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid 1990, 47-49, 88-89.
[3969] Gastelaars et al. 1991.

volksgezondheid een conferentie te laten organiseren over geestelijke volksgezondheid. In het verslag daarvan werd de verwachting uitgesproken dat het aantal cliënten van de geestelijke gezondheidszorg tussen 1990 en 2000 zou stijgen van 4,5 tot 6 procent van de bevolking.[3970] De meeste deelnemers waren van mening dat de toenemende vraag naar professionele hulpverlening op zichzelf geen teken hoefde te zijn van een verslechterende geestelijke volksgezondheid. De groeiende zorgconsumptie was volgens hen ook een gevolg van het verruimde hulpaanbod, de grotere bekendheid van het publiek daarmee, een afnemende tolerantie ten aanzien van allerlei vormen van ongerief en ongeluk, die steeds meer als psychische klachten werden gearticuleerd, en het gestegen vertrouwen in de mogelijkheid deze te behandelen.

Desondanks sloten zij niet uit dat psychische problemen in de hand werden gewerkt door schadelijke maatschappelijke ontwikkelingen: het hoge tempo en de intensiteit van sociale veranderingen, de grote sociale en geografische mobiliteit, de individualisering, de verzwakkende of wegvallende gezinsverbanden en andere sociale netwerken, het verlies aan normatieve en zingevende kaders en maatschappelijke geborgenheid, de (te) hoge eisen die aan de sociale vaardigheden en psychische spankracht van mensen werden gesteld en de nauwelijks meer verwerkbare informatielawine. De geestelijke volksgezondheid zou gediend zijn met goede arbeidsomstandigheden, voldoende werkgelegenheid, de bevordering van de individuele weerbaarheid tegen psychisch ongemak en van gunstige ontwikkelingsomstandigheden voor kinderen en adolescenten. Het rapport benadrukte dat individuele vrijheid en tolerantie niet gedijden zonder maatschappelijke verantwoordelijkheid, cohesie en veiligheid. In dit verband sloegen de auteurs een bezorgde toon aan:

> Juist in een zeer verstedelijkte, zeer dichtbevolkte, zeer mobiele en complexe samenleving is een geordend en ongestoord verloop van het dagelijkse leven, een gevoel van sociale veiligheid, essentieel om de stedelijkheid niet tot een druk te laten worden, die beklemmender is dan de dorpse sociale controle van vroeger.

De levenskwaliteit van de Nederlandse maatschappij zou zijn gediend met de bevordering van 'een *nieuwe vorm van burgerlijke beschaving*' ten einde zowel de vrijheid van mensen als hun veiligheid te garanderen.[3971] Drie jaar later maakte de psychiater Van Dantzig het grote publiek deelgenoot van dergelijke opvattingen door in *NRC-Handelsblad* te verklaren dat gemeenschappelijke normen en waarden duidelijker moesten worden geëxpliciteerd, bij voorkeur door de overheid, en dat er een manier van 'transmissie' moest worden bedacht om ze in het geweten van burgers te verankeren.[3972]

In minder omfloerste bewoordingen weerklonk deze bezorgdheid in het manifest waarmee het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid aan de vooravond van de Tweede Kamerverkiezingen van 1998 de overheid opriep een actief beleid te voeren ter bevordering van de geestelijke volksgezondheid ten einde bepaalde 'verontrustende ontwikkelingen' een halt toe te roepen. 'In een samenleving als de onze - met veel uiteenvallende gezinnen, agressie, geweld, alcoholmisbruik, een steeds grotere werkdruk, veel sociale angst, veel stress en met een collectief verlies aan normen en waarden -

---

[3970] Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992, 10.
[3971] Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992, 38; cursivering door de auteurs.
[3972] Koenis 1997, 22.

neemt […] de kans toe op psychische problemen of stoornissen,' beweerden de opstellers van het manifest. De overheid zou te weinig oog hebben voor de invloed van maatschappelijke problemen op de geestelijke volksgezondheid. Ten behoeve van de sociale cohesie en de geestelijke volksgezondheid moest zij 'regels en grenzen stellen en normen en waarden formuleren.'[3973] In hetzelfde jaar verklaarde de psychiater M. de Vries, hoogleraar sociale psychiatrie aan de Universiteit Maastricht en president van de World Federation for Mental Health, dat geestelijke gezondheid een van de grootste problemen van de eenentwintigste eeuw zou vormen. Cijfers van de WHO gaven aan dat in 2020 één op de vijf wereldburgers met psychiatrische problemen zou kampen en dat depressie na hart- en vaataandoeningen de meest voorkomende ziekte in de wereld werd. 'Dat komt onder andere doordat overal ter wereld aan mensen steeds meer en steeds hogere eisen worden gesteld', aldus De Vries. 'Hierdoor neemt de stress enorm toe. Ook het wegvallen of minder worden van vertrouwde steunsystemen als familie of buren als gevolg van de steeds verdergaande individualisering draagt aan die stresstoename bij.'[3974]

Rond 2000 zette minister Borst-Eilers de vraag naar het verband tussen de kwaliteit van de samenleving en de geestelijke volksgezondheid opnieuw op de beleidsagenda. Haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) suggereerde een verband tussen de toename van psychische problemen en 'ontwikkelingen in de huidige samenleving', zoals individualisering, ontkerkelijking, een gevoel van onveiligheid, werkstress en eenzaamheid. In een interview naar aanleiding van het verschijnen van haar nota verklaarde zij dat ze onder de indruk was van de woorden die Van Dantzig naar aanleiding van de toekenning van de ereprijs van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid een jaar eerder sprak.

> Die wees erop dat vroeger de pastoor en de dominee overal kwamen. Eigenlijk vormden zij een soort eerstelijns ggz. Ze bereikten mensen tot in de verste hoeken en waren opgeleid in het omgaan met leed. Ik vond het een mooie analyse, al moet je het ook weer niet idealiseren. Want veel mensen danken de hemel dat de pastoor uit hun leven is verdwenen vanwege zijn bemoeizucht. Maar je kon er wel je hart bij uitstorten. En dan waren er natuurlijk de bredere en intensievere familieverbanden. Ook dat had zijn bezwaren, want iedereen wist precies wat je deed. Je was minder vrij. Maar je had wel wat om je heen. Nu heb ik de indruk dat veel mensen er alleen voor staan. […] Ik denk dat we minder hoge eisen aan onszelf en aan elkaar moeten stellen. Op mensen die werken, wordt op het ogenblik behoorlijke druk uitgeoefend.[3975]

Evenals haar voorganger Simons liet ook Borst-Eilers een studie uitvoeren. Hiervoor riep zij een Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid in het leven, die in 2002 met het rapport *Zorg van velen* kwam. Net als in voorgaande studies legde de commissie uit dat de forse groei van de zorgconsumptie, vooral met betrekking tot psychosociale moeilijkheden, niet alleen een teken was van een verslechterende geestelijke volksgezondheid, maar ook te maken had met veranderingen in het hulpzoekgedrag en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd

[3973] Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998, 3, 8.
[3974] De Wit 1998b, 23.
[3975] Schoemaker en De Wit 1999, 18-19.

werden de maatschappelijke ontwikkelingen die psychosociale problemen met zich mee zouden brengen, nog breder uitgemeten dan in de vorige studies. Er was sprake van het verdwijnen van 'traditionele verbanden', 'de opkomst van nieuwe leefwerelden' met 'nieuwe risico's op uitval', 'afbrokkeling van de sociaalpedagogische infrastructuur' waardoor 'een *gat in de opvoeding*' was ontstaan, en van 'vastgelopen situaties, overbelasting en verstoorde verhoudingen' op het werk. De sociale en levensbeschouwelijke geborgenheid, die de zuilen ooit hadden gewaarborgd, was geërodeerd en daarmee was volgens de commissie,

> de systematische overdracht van waarden minder vanzelfsprekend geworden. Dat is een probleem dat aandacht verdient. Geen gemeenschap en geen maatschappij kan functioneren zonder de cohesie die gevormd wordt door het delen van een waardenpatroon en gedragsregels. […] Het expliciteren en onderwijzen van de gemeenschappelijkheden die onder de pluriformiteit liggen en van de waarden en normen die de samenleving hoog wenst te houden, acht de commissie van groot belang voor het goed functioneren van onze gemeenschap. [3976]

De grote woorden konden echter niet verbergen dat de commissie weinig had te bieden als het om concrete maatregelen ter verbetering van de geestelijke volksgezondheid ging. Zij viel terug op oude recepten die tot dan toe weinig hadden opgeleverd. Ten eerste de aanbeveling om de zorg voor psychische stoornissen en problemen niet te beperken tot de professionele hulpverlening, maar deze ook een plaats te geven in andere maatschappelijke sectoren en leken er zoveel mogelijk bij te betrekken - een benadering die vlak na de Tweede Wereldoorlog en rond 1970 ook was bepleit, maar niets had opgeleverd. Ten tweede - voor de zoveelste keer - verdere studie, met name naar de vraag welke maatschappelijke ontwikkelingen ongunstig uitwerkten op bepaalde risicogroepen.

De bezorgdheid over de geestelijke volksgezondheid alsook over de schaduwkanten van de vermaatschappelijking bracht met zich mee dat de openbare geestelijke gezondheidszorg en het preventiestreven in de jaren negentig meer aandacht kregen dan in de jaren zeventig en tachtig. Terwijl er in de jaren zeventig met overheidssubsidies was begonnen met het opbouwen van lokale, kleinschalige preventieactiviteiten binnen ambulante instellingen, werden er vanaf het midden van de jaren tachtig plannen ontwikkeld voor een landelijk preventiebeleid. In 1984 kwam er een Landelijk Platform Preventie Geestelijke Volksgezondheid en het groeiende, maar nog altijd geringe aantal preventiewerkers sloot zich aaneen in een beroepsvereniging. De 250 tot 300 preventiewerkers die de geestelijke gezondheidszorg rond 1990 telde, voerden hun activiteiten vooral vanuit RIAGG'en en CAD's uit. De ruim 500 projecten richtten zich op opvoedingsvoorlichting, incest en seksueel geweld, problemen op school, echtscheiding, arbeid en arbeidsongeschiktheid, etnische minderheden, opnamepreventie bij chronische patiënten, suïcidepreventie, rouwverwerking, dementie, gedragsproblemen bij ouderen, kinderen van psychisch gestoorde ouders, eetstoornissen, depressie, hyperactiviteit, agressie en alcohol- en drugsgebruik.[3977]

Twee jaar nadat de regering de discussienota *Preventieve Geestelijke Volksgezondheid* (1988) had uitgebracht, kregen gemeenten met de Wet Collectieve

---

[3976] Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 58, 62, 64, 79.
[3977] Hosman 1991, 115; Hofman 2000.

Preventie Volksgezondheid (1990) de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het landelijk beleid op het gebied van de preventieve gezondheidszorg.[3978] In 1991 pleitte de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in een advies aan het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur voor een versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In de twee daarop volgende jaren wijdden de NVAGG, de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten er conferenties aan. Nadat staatssecretaris Simons in zijn nota *Onder Anderen* (1993) aandacht voor de openbare geestelijke gezondheidszorg had gevraagd, stuurde minister Borst-Eilers in 1997 een beleidsbrief over dit onderwerp naar de Tweede Kamer.[3979] Beiden benadrukten het belang van onvrijwillige 'bemoeizorg' met psychisch gestoorden die de reguliere hulpverlening niet bereikte, niet alleen in het belang van deze zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders' zelf, maar ook ten behoeve van overlastbestrijding en de maatschappelijke orde. Op dit terrein was een nauwe samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met politie, justitie, het maatschappelijke werk en GG en GDen onder regie van gemeentebesturen nodig.

Vanouds was de openbare geestelijke gezondheidszorg, deels onder de noemer van acute psychiatrie, een taak van de gemeentelijke GG en GDen en Sociaal-Psychiatrische Diensten, maar begin jaren tachtig was deze grotendeels overgeheveld naar de RIAGG'en, die er volgens critici onvoldoende voor waren toegerust. Enkele in de pers breed uitgemeten incidenten legden de tekortkomingen van de versnipperde organisatie op dit terrein en de terughoudendheid van de verantwoordelijke instanties bloot. Zo werd in 1993 in de Amsterdamse Vrolikstraat een twaalfjarig meisje door haar geestesgestoorde buurman doodgeslagen, terwijl hij bij verschillende instanties, waaronder de RIAGG, bekend stond als gevaarlijk. Het inzicht won terrein dat respect voor de individuele autonomie en het zelfbeschikkingsrecht kon leiden tot verwaarlozing, onverschilligheid en afzijdigheid. Het zelfbeschikkingsrecht van geesteszieken, vooral degenen die wilsonbekwaam waren en voor overlast of gevaar zorgden, zou te ver zijn doorgeschoten. Het recht om behandeling te weigeren zou niet altijd in het belang van psychiatrische patiënten zijn. Niet alleen kon hun gezondheid blijvende schade oplopen, maar bovendien kon dit recht een belemmering vormen om hun vermogen tot zelfbeschikking te herstellen. Zo zou de BOPZ, bedoeld om de autonomie van geesteszieken te garanderen, juist het tegendeel kunnen bewerkstelligen.[3980] Tegen deze achtergrond gingen er binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg steeds meer stemmen op voor meer dwang en drang in de hulpverlening.[3981]

De overheid leek hier aan het begin van de eenentwintigste eeuw aan tegemoet te willen komen. Naar aanleiding van de evaluatie van de Wet BOPZ stelde de regering in 2002 voor om het instrument van de zogenaamde observatiemachtiging voor 'zorgwekkende zorgmijders' in te voeren.[3982] Hulpverleners waren verdeeld over de noodzaak en wenselijkheid om meer dwang toe te passen, maar de beroepsvereniging van psychiaters, de NVP, pleitte voor aanpassing van de BOPZ. Nog beter zou het volgens

---

[3978] Kerkhoff 1994, 84-85.
[3979] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993; Simons 1993, 22-31; Van der Stel 1994; Borst-Eilers 1997b.
[3980] Legemaate 2006, 38-39; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 41.
[3981] Lucieer 2005, 68.
[3982] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 134; vergelijk De Turck en Van den Berg 1994.

deze vereniging zijn als er een nieuwe wet kwam, die niet uitging van juridische beginselen, maar die zorg en behandeling van vooral wilsonbekwame patiënten centraal stelde.[3983] De Gezondheidsraad had een jaar daarvoor, onder verwijzing naar 24.000 geesteszieken die buiten de hulpverlening vielen, aangedrongen op meer bemoeizorg en de juridische scheiding tussen dwangopname en -behandeling ter discussie gesteld.[3984] Dergelijke pleidooien waren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg weer aanleiding om voor een onzorgvuldige toepassing van de BOPZ te waarschuwen. Er zou sprake zijn van een toenemende neiging om het gevaars-criterium te ruim te interpreteren en voorbij te gaan aan de voor dwangbehandeling vereiste procedures.[3985]

Enkele jaren eerder had de Inspectie zelf echter aangedrongen op een verruiming en wettelijke regeling van de ambulante dwang(behandeling), waardoor dwangopnamen te voorkomen zouden zijn.[3986] Daarbij werd aangeknoopt bij voorstellen om zogenaamde zelfbindingsverklaringen mogelijk te maken, waarin patiënten van tevoren, wanneer zij zelf nog inzicht in hun situatie hadden, vastlegden welke behandeling zij wilden ondergaan als zij wilsonbekwaam zouden zijn.[3987] Volgens de tegenstanders van een dergelijke wet was deze niet nodig omdat de ambulante praktijk al genoeg mogelijkheden bood om behandeling af te dwingen. De dreiging met een gedwongen (her)opname en het instrument van het voorwaardelijk ontslag konden dienen als stok achter de deur om weigerachtige patiënten toch tot medewerking te bewegen. Ook kwam het vaak voor dat familieleden of andere mantelzorgers onwillige patiënten medicijnen toedienden zonder dat die daar weet van hadden.[3988]

Desondanks onderging de BOPZ in 2004 en 2007 wijzigingen. In 2004 werd het mogelijk om op basis van deze wet patiënten met hun eigen instemming te binden aan een voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Daarmee verplichtten zij zich om zich onder ambulante behandeling te stellen en zich daarbij aan bepaalde voorwaarden te houden, zoals regelmatig contact met hulpverleners en medicijngebruik.[3989] Begin 2007 stemde een meerderheid in de Tweede Kamer in met een verdergaande aanpassing van de BOPZ, die de mogelijkheden om geesteszieken onder dwang te behandelen verruimde. Voor dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis geldt niet meer dat er sprake moet zijn van acuut gevaar, maar kan nu ook de overweging dat een patiënt anders voor lange tijd onder dwang opgenomen dient te blijven als legitimatie dienen. Bovendien biedt de wetswijziging de rechter de mogelijkheid om, bij wijze van alternatief voor een dwangopname, behandeling buiten het psychiatrisch ziekenhuis af te dwingen.[3990]

Ongeacht de standpunten over de noodzaak van nieuwe wetgeving relativeerden de pleidooien voor meer dwang en drang in de hulpverlening en een versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg ter bescherming van de maatschappelijke orde en

---

[3983] *NRC Handelsblad* 12-10-2005; *NRC Handelsblad* 31-1-2007, 2; *NRC Handelsblad* 3-2-2007, 2.
[3984] Lucieer 2005, 188-189.
[3985] Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 123; vergelijk Lucieer 2005, 68-69. Naar aanleiding van het voorstel van een observatiemachtiging merkte de Inspectie op dat het risico bestond dat deze 'gebruikt gaat worden om mensen op te nemen die onaangepast gedrag vertonen of als middel om de openbare orde te handhaven.' Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 134.
[3986] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8.
[3987] De Turck en Van den Berg 1994.
[3988] Kampen en Van Ewijk 1997.
[3989] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 42-43.
[3990] *NRC Handelsblad* 31-1-2007, 2; *NRC Handelsblad* 3-2-2007, 2.

veiligheid de eerder gekoesterde democratiserings- en emancipatie-idealen.[3991] Deze misten alle relevantie als het ging om mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die niet in staat waren zelfstandig te leven, niet voor zichzelf konden opkomen en het vermogen tot zelfreflectie over hun mogelijkheden en beperkingen misten. Voor hen was vermaatschappelijking geen reële optie en zij waren het levende bewijs dat de maakbaarheid in de geestelijke gezondheidszorg op grenzen stuitte.[3992] Als het om emancipatie en burgerschap ging, leek de geestelijke gezondheidszorg enigszins in het defensief te zijn gedrongen: veel minder dan in de periode tussen 1950 en 1980 mengden psychiaters en andere hulpverleners zich in publieke debatten, laat staan dat zij, zoals toen, een publieke moraal uitdroegen. Hoewel ook hij cultuurpessimistische geluiden liet horen, was Van Dantzig met Van Ree een van de weinige psychiaters die in de jaren negentig onvermoeibaar bleven pleiten voor een maatschappelijk geëngageerde en emancipatorische geestelijke gezondheidszorg. De bevlogenheid die de hulpverleners in de jaren zeventig had gekenmerkt, was bij hen nog steeds niet uitgedoofd, maar in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg konden zij nauwelijks op bijval rekenen en daarbuiten evenmin.[3993]

Niet alleen in de geestelijke gezondheidszorg had het optimistische mens- en maatschappijbeeld van de jaren zestig en zeventig, waarin geëmancipeerde, mondige en gemotiveerde individuen in goed onderling overleg samen problemen oplosten, plaats gemaakt voor bezorgdheid over de teloorgang van de gemeenschapszin en de publieke moraal. Vanaf de jaren negentig maakten politici en intellectuelen de balans op van de erfenis van de jaren zestig en concludeerden zij dat die negatief uitviel. De antiautoritaire beweging en de viering van individuele vrijheid waren ontaard in egoïsme, erosie van het persoonlijk verantwoordelijkheidsbesef, een overdreven assertiviteit, die alleen maar rechten en geen plichten kende, een verruwing van het sociale verkeer en een toename van 'zinloos' geweld en andere vormen van criminaliteit. De verzorgingsstaat zou tot calculerend gedrag en oneigenlijk gebruik hebben geleid. De balans tussen het algemene en het individuele belang, tussen verantwoordelijkheid en vrijheid was volkomen verstoord: zelfontplooiing en mondigheid hadden geleid tot een kolonisering van de publieke sfeer door allerlei persoonlijke aanspraken en voorkeuren. Het gedoogbeleid en de nieuwe taboes van de politieke correctheid zouden hebben geleid tot gebrek aan zelfbeheersing, een verloedering van het publieke domein en sociale desintegratie. Deze ontwikkelingen moesten worden gekeerd door middel van een revitalisering van gemeenschapszin en burgerdeugd. [3994]

Sociale cohesie en publieke moraal werden in de jaren negentig weer belangrijke aandachtspunten in de politiek. In de jaren tachtig was het vooral het CDA geweest dat met zijn ideaal van de 'zorgzame samenleving' wees op het belang van gemeenschapsbesef en maatschappelijke participatie, maar tijdens het derde kabinet Lubbers raakten ook PvdA-politici overtuigd van de noodzaak tot 'sociale vernieuwing'

[3991] Berghmans 1992; Simons 1993, 58; De Turck en Van den Berg 1994; Borst-Eilers 1997b; Vuijsje 1997, 87-88; Van Loenen 1997; De Wit 1997; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8; Schnabel 1998c; Widdershoven, Berghmans en Molewijk 2000.
[3992] Schnabel 1987; vergelijk Hutschemaekers 2001.
[3993] Van Dantzig 1991; Van Dantzig 1995b; Van Dantzig 1995c; vergelijk Van Dantzig 1997; Schrameijer 1996; Schnabel 1998a; Van Ree 2007.
[3994] Wigbold 1995; Vuijsje 1997; Koenis 1997; Van Schoonhoven 1999b; Van der Stel 1999; Beunders 2002; Pessers 2003; Diekstra, Van den Berg en Rigter 2004; Van den Brink 2004.

door middel van een herijking van collectieve en individuele verantwoordelijkheden en het aankweken van burgerdeugden. Uitgerekend in het sociale beleid van de Paarse kabinetten, waarvan het CDA geen deel uitmaakte, kwamen de versterking van de maatschappelijke cohesie en het bevorderen van goed burgerschap op de voorgrond te staan. Juist toen de markt vrij baan kreeg en de economie zich voorspoedig ontwikkelde, vielen de achterblijvende probleemgroepen, met name etnische minderheden, 'kansarme' jongeren en laaggeschoolde, langdurige werklozen, des te meer in het oog. Het taboe op dwang en verplichtingen begon te tanen, bijvoorbeeld als het ging om sociale uitkeringen, het reactiveren van werklozen en arbeidsongeschikten, de integratie van allochtonen en het ingrijpen bij ernstige gezins- en opvoedingsproblemen. Als gevolg van de immigratiegolven van gastarbeiders, hun gezinnen, Surinamers en Antillianen en een toenemend aantal asielzoekers in de laatste decennia van de twintigste eeuw was de bevolkingssamenstelling veranderd: rond 2000 behoorde tien procent van de Nederlandse bevolking tot etnische minderheden. De problematische kant van de multiculturele samenleving, het gebrek aan sociale en culturele integratie van deze bevolkingsgroepen, kwam steeds meer op de voorgrond te staan in het publieke en politieke debat. Twee centrumrechtse kabinetten onder leiding van J.-P. Balkenende zetten vervolgens het herstel van normen en waarden prominent op de agenda en voerden een beleid gericht op de verdere sanering van de verzorgingsstaat, de bevordering van zelfwerkzaamheid en -verantwoordelijkheid van de burger, de activering van werklozen, de verplichte inburgering van allochtonen, een repressieve aanpak van voorheen gedoogd (wan)gedrag en een verharding van de strafrechtspleging. Ook in linkse kringen achtten sommigen een 'nieuw paternalisme' en een 'nieuw beschavingsoffensief' wenselijk. Er gingen zelfs stemmen op om de burgerrechten van groepen die de democratische spelregels van de Nederlandse maatschappij niet onderschrijven en niet in staat zijn tot de vereiste zelfsturing, te beperken of op te schorten.[3995]

Aan het begin van de eenentwintigste eeuw raakte de bezorgdheid over de teloorgang van de sociale cohesie en de verloedering van het publieke domein vermengd met de vrees dat door de voortschrijdende etnische diversiteit, de Europese integratie en de globalisering de nationale eigenheid verloren ging. Het onderhuidse ongenoegen dat onder delen van de Nederlandse bevolking ontstond over het onvermogen van het tweede Paarse kabinet om sociale problemen in hun leefomgeving op te lossen, kwam in 2002 tot een uitbarsting. De verkiezingen van 2002 leverden een ongekende overwinning op voor de Lijst Pim Fortuyn en de dreiging van het terrorisme dreef de polarisatie over de multiculturele samenleving en de plaats van Islamieten in de Nederlandse samenleving op de spits. Het tweede kabinet onder leiding van de CDA-politicus J.P. Balkenende zette het herstel van normen en waarden op de agenda. De minister-president liet zich inspireren door het communitarisme, het gemeenschapsdenken dat stelling nam tegen het vermeende doorgeslagen individualisme.

Het vertrouwen in de mogelijkheid om individuen door middel van welwillende psychosociale begeleiding aan te zetten tot een zodanige zelfsturing dat ze als vanzelf als volwaardige burgers integreerden in een egalitaire en democratische maatschappij, had

---

[3995] Van Gunsteren en Den Hoed 1992; Kuypers en Van der Lans 1994; Koenis 1997; Duyvendak 1999, 112; De Rooy 2001, 288; De Haan en Duyvendak 2002, 184-187, 266-271, 311; Luyten 2006; vergelijk Van Gunsteren 1992a.

zijn vanzelfsprekendheid verloren. Deze benadering lag minder voor de hand in een maatschappij waarin het neoliberalisme terrein won, culturele diversiteit en polarisatie zich steeds sterker deden gelden en een groot deel van de bevolking onveiligheid en criminaliteit als belangrijkste sociale problemen ervoer. Als gevolg van de nadruk op marktwerking en de toenemende rationalisering en commercialisering kwam de individualisering in toenemende mate in het licht te staan van wedijver en prestatiedrang in plaats van emancipatie en welzijn. Ontplooiingsvrijheid was vooral toegesneden op sterke, zelfredzame individuen die tegen een stootje konden. Zij belichaamden een burgerschapsideaal waarin (economische) autonomie tot hoogste goed is verheven. Wie zich aan de jachtige dynamiek van de stressmaatschappij wilde onttrekken of niet anders kon, gold al gauw als probleemgeval. [3996] Afhankelijkheid van de verzorgingsstaat en een gebrek aan maatschappelijke integratie vanwege persoonlijke tekortkomingen en gebreken, werkloosheid, onderwijsachterstanden, onvoldoende taalvaardigheid of bepaalde godsdienstige en culturele waarden kwamen op gespannen voet te staan met volwaardig burgerschap.[3997] Achterblijvers werden in toenemende mate met dwang en drang tegemoet getreden ten einde hen te activeren tot maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Voor hen verschoof het accent van rechten naar plichten. De opvatting dat burgerschap moet worden verdiend, maakte opnieuw opgang, maar daarbij werd meer verwacht van onderwijs, werkgelegenheid, ondernemerschap en strafrecht dan van de sociaalpsychologische subtiliteiten in de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg. Behalve een vraagstuk van maatschappelijke participatie was burgerschap nog steeds een kwestie van de juiste mentaliteit. De psychologiserende optiek had evenwel grotendeels plaats gemaakt voor een herleefde drang tot moraliserende bevoogding, corrigerende heropvoeding, dreiging met sancties en juridische repressie.

[3996] Wansink 1994.
[3997] Schuyt 2002; Wolf 2002; Kennedy 2005.

Nabeschouwing

De grootste verandering die de geestelijke gezondheidszorg in deze periode doormaakte was van organisatorische aard. De fusiegolf die vanaf medio jaren negentig op gang kwam, betekende een breuk met de historisch gegroeide constellatie, die zich vanaf de jaren dertig had gekenmerkt door een scheiding tussen de klinische psychiatrie en de ambulante sector. Door de steeds nauwere samenwerking tussen intra- en extramurale instellingen verdwenen de schotten tussen verschillende zorg- en hulpverleningsvormen en ook de eerdere, ideologisch beladen, tegenstellingen tussen biomedische, psychotherapeutische en sociaalpsychiatrische behandelvormen. Veel meer dan in de voorgaande periode golden deze als elkaar aanvullend in plaats van elkaar uitsluitend. Vergeleken met de jaren zeventig en begin tachtig werd de hulpverlening pragmatischer en kwam de nadruk meer op wetenschappelijke onderbouwing te liggen. Terwijl de vernieuwingsdrang zich in de jaren zeventig vooral had gericht op behandelbare en aanspreekbare patiënten met psychische stoornissen dan wel psychosociale problemen en vooral tot uiting kwam in een psychotherapeutisch behandelethos, stonden de zorgvernieuwing en de samenwerkingsverbanden vanaf medio jaren tachtig vooral in dienst van de verbetering van de sociaalpsychiatrische zorg voor ernstig gestoorde en chronische geesteszieken.

In de RIAGG vond omstreeks 1990 een accentverschuiving plaats van een psychosociale en psychotherapeutische naar een sociaalpsychiatrische oriëntatie. Door hun samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen in zorgvernieuwingsprojecten en Multifunctionele Eenheden kwam er een grotere variatie aan woon-, zorg- en behandelmogelijkheden tot stand: naast opname ook diverse vormen van begeleid wonen, psychiatrische thuiszorg, poliklinische consulten, sociaalpsychiatrische ondersteuning, activiteitenbegeleiding en rehabilitatieprojecten. Nieuw was vooral het streven naar een flexibele afstemming van het gedifferentieerde zorgaanbod op de individuele omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de patiënt. Het psychotherapeutische ethos, dat in de jaren zeventig zowel in psychiatrische ziekenhuizen als ambulante instellingen aanleiding had gegeven tot optimisme omtrent de mogelijkheid om psychische stoornissen bij de wortel aan te pakken en persoonlijke bevrijding en groei te bewerkstelligen, maakte plaats voor meer bescheiden doelstellingen zoals symptoombeheersing en een versterking van het vermogen om met geestesziekte te leven. Hoewel de biologische psychiatrie aanleiding gaf tot optimistische verwachtingen omtrent de genezing van psychische stoornissen, richtten de vernieuwingen zich vooral op sociale rehabilitatie en maatschappelijke integratie en niet zozeer op curatieve behandeling. In het streven naar vermaatschappelijking werkten idealen van de kritische beweging door.

Net als in de voorgaande periode deden zich in de geestelijke gezondheidszorg en het overheidsbeleid op dit terrein ook tegenstrijdige tendensen voor. Terwijl de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg als geheel met het streven naar vermaatschappelijking een brede en sterk sociale oriëntatie vertoonde, was in de psychiatrie sprake van toenemende aandacht voor de medisch-biologische kant van psychische stoornissen en neigde zij tot een nauwere aansluiting bij de algemene geneeskunde en een afstoting van de psychosociale aspecten van het vak. Ondanks het regionaliseringbeleid, deels bedoeld om per regio een samenhangend en overzichtelijk

zorg- en behandelingsaanbod tot stand te brengen, en de fusies van diverse instellingen bestond de geestelijke gezondheidszorg op het niveau van de hulpverleningspraktijk nog steeds uit een bonte lappendeken aan voorzieningen, waaraan voortdurend nieuwe stukjes werden toegevoegd zonder dat het bestaande palet aan een grondige revisie werd onderworpen. Het resultaat was, in de woorden van de psychiater B. Bakker, een 'georganiseerde chaos'.[3998] De zorgvernieuwing kreeg een zeer gevarieerde invulling, waardoor de regionale verschillen in het zorgaanbod weer toenamen. Voor patiënten en cliënten alsook andere betrokkenen van buiten was het moeilijker dan ooit om een overzicht te krijgen van wat er zoal in de geestelijke gezondheidszorg gebeurde en mogelijk was. In de inleiding van de *Gids GGZ 2004*, die een overzicht bood van het hulpverleningsaanbod, was te lezen: 'Het veld van de GGZ is in de afgelopen jaren zodanig van gedaante veranderd, dat niemand meer weet hoe het er precies uitziet' - een toch wel onthutsende opmerking in het licht van het twintigjarige streven van de overheid en het veld naar een doorzichtige, toegankelijke en gelijkmatig over het land gespreide geestelijke gezondheidszorg. Verder hebben de fusies de onvrede over lange wachtlijsten en ondoorzichtige bureaucratische procedures niet kunnen wegnemen. Ook is het de vraag of de transmurale samenwerking en fusies een inhoudelijke verbetering van de hulpverlening hebben teweeggebracht - de geluiden vanuit de patiëntenbeweging wijzen daar in elk geval niet op. Uit het eerder aangehaalde rapport *Een keten van lege zondagen* blijkt dat moeilijk behandelbare patiënten nog steeds tussen de wal en het schip vielen.

In zijn boek *Te gek om los te lopen* (2003) schilderde Bakker, die zichzelf als 'teleurgesteld idealist' afficheerde, een weinig rooskleurig beeld van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg aan het begin van het nieuwe millennium. Lange wachtlijsten, ontevreden patiënten, onvoldoende opnamecapaciteit en curatief vermogen, gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing en een slechte organisatie van de hulpverlening, een overvloed aan management en bureaucratie, een onduidelijke taakverdeling tussen de diverse beroepsgroepen en een gebrek aan idealisme onder hulpverleners. Zij besteedden te veel aandacht aan 'psychosociale randverschijnselen', die ten koste gingen van de zorg voor geesteszieke patiënten. De afbouw van bedden voor chronische patiënten en de vermaatschappelijking hadden ertoe geleid dat een toenemend aantal psychisch gestoorden op straat was terechtgekomen. Verder dreigde volgens Bakker een tweedeling in de zorg tussen particuliere praktijken voor de beter gesitueerden met lichtere problemen en publieke voorzieningen voor sociaal zwakke patiënten met ernstige stoornissen.[3999]

Tegen de achtergrond van deze tegenstrijdigheden en problemen gezien voerde de overheid geen eenduidig beleid. Enerzijds onderschreef zij een brede biopsychosociale taakopvatting van de geestelijke gezondheidszorg, anderzijds waren er, vooral in verband met de discussie over de financiering, regelmatig geluiden te horen die wezen in de richting van een splitsing ervan in specialistische medisch-curatieve functies als onderdeel van de gezondheidszorg en sociaal-ondersteunende en beschermende functies, die algemene maatschappelijke hulpverleninginstanties zouden moeten uitvoeren. Aan de ene kant neigde het overheidsbeleid met de collectieve financieringsregelingen, de nadruk op doelmatigheid en de bevordering van de nauwe samenwerking tussen en samensmelting van zorginstellingen naar een centrale regulering van het zorgaanbod, aan

[3998] Bakker 2003, 13.
[3999] Bakker 2003, 7, 35.

de andere kant legden bewindslieden vanaf het eind van de jaren tachtig telkens weer nadruk op deregulering, vraagsturing en een vergroting van de marktwerking en onderlinge concurrentie. De nadruk op professionalisering, standaardisering en protocollering van de hulpverlening verdroeg zich slecht met het streven naar een op het individu afgestemde, flexibele hulpverlening (zorg op maat) en het grote belang dat patiënten en cliënten hechtten aan persoonlijke aandacht, communicatie en een goede bejegening. Enerzijds moest de geestelijke gezondheidszorg zich concentreren op de 'zwaardere' psychische stoornissen, anderzijds diende zij cliënten met alleen 'lichtere' psychosociale problemen niet uit te sluiten. Tegenover het idee dat de geestelijke gezondheidszorg breed toegankelijk moest zijn en een wijd scala aan moeilijkheden moest aanpakken, stond de opvatting dat zij specialistische en wetenschappelijk onderbouwde curatieve zorg voor een beperkte groep diende te bieden. Het telkens weer geopperde voornemen om de geestelijke gezondheidszorg te ontlasten door huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn, zoals gezondheidspsychologen en maatschappelijk werkers, een grotere rol te laten vervullen in de hulpverlening aan mensen met psychische klachten is nooit consequent doorgezet.

Verder deed zich een steeds grotere spanning voor tussen het streven naar zelfstandigheid en medezeggenschap van patiënten en de gevoelde noodzaak om in het belang van hun bescherming en behandeling over te gaan tot 'bemoeizorg' en daarbij de nodige drang en dwang toe te passen. Het streven naar meer inspraak, een betere rechtsbescherming en herstel van burgerschap (in de zin van autonomie, zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie) van psychiatrische patiënten werd in het midden van de jaren negentig bezegeld door de vervanging van de Krankzinnigenwet door de BOPZ en een aantal nieuwe wetten die de rechten van patiënten vastlegden. Voortbouwend op de democratische verworvenheden van de jaren zestig en zeventig en op de marktideologie van de jaren tachtig en negentig, werden hulpverleners geacht hun patiënten en cliënten te benaderen als autonome, mondige en voor zichzelf verantwoordelijke burgers en klanten, die recht hadden op keuzevrijheid. Aan de andere kant riep dit uitgangspunt steeds meer bezwaren op. Volgens velen binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg leidde het geloof in het individuele zelfbeschikkingsvermogen en -recht van psychisch gestoorden tot ongewenste toestanden, voor zowel de betrokkenen zelf als de samenleving. Niet alleen de accentverschuiving in de ambulante hulpverlening van psychosociale naar psychiatrische problematiek en de problemen die de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg met zich meebracht, waren hier debet aan. De hernieuwde aandacht voor de mogelijk schadelijke uitwerking van bepaalde sociale veranderingen op de geestelijke volksgezondheid, de algehele verharding van het maatschappelijke en politieke klimaat en de opgeschroefde burgerschapseisen speelden evenzeer een rol. De psychosociale zelfontplooiingsidealen, die vanaf de jaren vijftig tot in de jaren tachtig de toon hadden aangegeven, golden niet meer als leidraad voor de invulling van goed burgerschap. Individuele ontplooiing werd nu meer afgemeten naar economische maatstaven omtrent opleiding, arbeidsparticipatie, ondernemerschap, efficiency en flexibiliteit. Verder was het accent in de publieke moraal verschoven van permissiviteit en gedogen naar orde, veiligheid en sociale aanpassing. De tolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag en overlast van geesteszieken was beperkt in de samenleving en daardoor stuitte de vermaatschappelijking op grenzen. Bovendien overschatten de pleitbezorgers van maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten wellicht hun

vermogen om zich in de samenleving staande te houden. Het is de vraag of veel geesteszieken de behoefte voelden aan meer autonomie en eigen verantwoordelijkheid. De keerzijde van meer zelfstandigheid was dat zij op zichzelf werden teruggeworpen, temeer omdat het ontbrak aan voldoende bezigheden om structuur aan hun leven te geven. Grotere vrijheid kan ook tot meer leegte leiden.

Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen deed en doet de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg het in vergelijking met andere landen zeker niet slecht. De trendbreuken en tegenstrijdigheden namen niet weg dat de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in de jaren tachtig en negentig ook een grote mate van continuïteit te zien gaf. De expansie die zij vooral dankzij de sterk gestegen welvaart en de financiering via het sociale verzekeringsstelsel vanaf de tweede helft van de jaren zestig doormaakte, zette zich in de jaren tachtig en negentig voort. Vanuit internationaal perspectief beschikte Nederland in de laatste twee decennia van de twintigste eeuw nog steeds over een uitgebreid en gedifferentieerd aanbod aan voorzieningen en waren er vrijwel geen landen waar de geestelijke gezondheidszorg zo omvangrijk en toegankelijk was en waar per hoofd van de bevolking op basis van collectieve financieringsregelingen evenveel geld voor deze hulpverlening beschikbaar was.[4000] De financiering van vrijwel de gehele geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ is in internationaal opzicht vrij uniek; alleen in Denemarken bestaat een vergelijkbaar financieringssysteem.[4001] Het personeel in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich door een hoog professioneel niveau. In vergelijking met andere landen kent Nederland niet alleen een relatief hoog aantal psychiaters en niet-medische psychotherapeuten, maar ook een grote diversiteit aan gedragswetenschappers en sociaal-agogische beroepsgroepen. Het lijkt er echter op dat de laatste ertoe hebben bijgedragen dat de aparte status van de psychiatrische verpleegkunde, waarmee Nederland zich vanaf het eind van de negentiende eeuw van de meeste andere landen onderscheidde, werd ondermijnd. Ook de Europese regelgeving en aan de andere kant de afnemende bemoeienis van de rijksoverheid droegen ertoe bij dat de B-opleiding in 1997 verdween en opging in de algemene verpleegkunde. Veel psychiatrisch verpleegkundigen betreurden dit en wezen op de nadelige gevolgen van deze ontwikkeling, maar binnen de wereld van de geestelijke gezondheidszorg en bij beleidsinstanties vonden zij nauwelijks gehoor. Dat de Europese regels niet noodzakelijk hoefden te leiden tot de opheffing van de B-verpleegkunde, bewijzen landen als Engeland en Ierland, waar wél een vorm van zelfstandigheid van dit beroep bleef bestaan. Hoewel hun beroep verder professionaliseerde raakten verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg ook in het defensief doordat delen van hun werkterrein werden overgenomen, enerzijds door gespecialiseerde sociaal-agogische hulpverleners en anderzijds door lager opgeleid (en daardoor goedkoper) verzorgend personeel.

Het vóórkomen van psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking wijkt waarschijnlijk niet af van andere landen, maar het deel van de bevolking dat daadwerkelijk professionele behandeling krijgt, lijkt groter te zijn dan in andere landen.

[4000] Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid 1990, 30-31; Schnabel 1995, 231-234; Festen et al. 1997, 21; Schene en Faber 2001, 80; vergelijk Schnabel 1998c en Hutschemaekers 2001. In verhouding tot de totale kosten van de gezondheidszorg werd in Frankrijk, Zweden en Engeland echter meer geld aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven. Becker en Vázquez-Barquero 2001, 9.
[4001] Offerhaus 1998.

Zoals in het vorige deel al naar voren is gekomen, beschikt Nederland over een groter aanbod aan ambulante voorzieningen dan andere landen, terwijl de intramurale capaciteit veel minder sterk is afgenomen dan in met name Groot-Brittannië, Italië en de Verenigde Staten. Mede naar aanleiding van de stokkende vermaatschappelijking en de groeiende aandacht voor de openbare geestelijke gezondheidszorg was er in de jaren negentig sprake van een zekere herwaardering van de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis. Als wij niet alleen de bedden in psychiatrische ziekenhuizen (20.000) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (2.100), maar ook die in diverse categorale intramurale instellingen voor verslaafden, TBS-gestelden en kinderen en jongeren (ongeveer 3.000), de beschermende woonvormen (tegen 7.000 plaatsen), de psychogeriatrische verpleeghuizen (rond 31.000) en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten (circa 43.000) meerekenen, dan is de intramurale capaciteit in de laatste decennia eerder toe- dan afgenomen. In elk geval is die in absolute en relatieve zin veel groter dan die van de gestichten en inrichtingen aan het begin van de twintigste eeuw.[4002]

Ook in vergelijking met andere Europese landen is het intramurale zorgaanbod in Nederland bijzonder groot. Wij vergelijken het Nederlandse beddental van ruim 22.000 in algemene (dus exclusief categorale) psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen hier met de beddentallen in soortgelijke instellingen in Duitsland, Engeland (en Wales), Frankrijk, Italië en Spanje.

Tabel 5.1: Psychiatrische beddenaantallen in zes Europese landen circa 2000

	Inwonertal	PZ-bedden	PAAZ-bedden	Totaal	Per 1.000 inwoners
Duitsland	80 miljoen	38.000	16.000	54.000	0,67
Engeland	53 miljoen	34.000[4003]		34.000	0,64
Frankrijk	66 miljoen	44.000	13.000	67.000	1,01
Italië	58 miljoen	8.000	11.000	19.000	0,32
Nederland	16 miljoen	20.000	2.100	22.000	1,37
Spanje	40 miljoen	15.000	2.400	17.000	0,42

Bron: Bauer et al. 2001, 28-29; Provost en Bauer 2001, 65; Burti 2001, 43, 45; Vázquez-Barquero, García en Torres-González 2001, 90; Johnson, Zinkler en Prieve 2001, 51; Becker en Vázquez-Barquero 2001.

Met 80 miljoen inwoners beschikte Duitsland rond 2000 over circa 38.000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen en 16.000 in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, in totaal dus 54.000. Niet meegerekend zijn hierbij een onbekend, maar groot aantal bedden in rehabilitatieklinieken voor neurotische patiënten.[4004] In Frankrijk, dat 66 miljoen inwoners telde, bedroeg het totale aantal bedden 67.000, waarvan 44.000

[4002] In vergelijking met andere landen telde Nederland aan het eind van de twintigste eeuw veel psychogeriatrische verpleeghuizen en bejaardentehuizen. Hier verbleef negen procent van alle 65-plussers in intramurale voorzieningen tegen gemiddeld 5,5 procent in de buurlanden. Van Hezewijk 1999, 230.
[4003] Bedden in zowel psychiatrische als algemene ziekenhuizen.
[4004] Bauer et al. 2001, 28-29.

in psychiatrische ziekenhuizen en 13.000 in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Daarnaast bestonden daar ongeveer 13.000 plaatsen in beschermende woonvormen en 27.000 deeltijdbehandelplaatsen.[4005] Italië gaf vanaf 1985 de grootste afname van het aantal bedden in (zowel publieke als particuliere) psychiatrische ziekenhuizen te zien en wel van circa 30.000 tot nog geen 8.000. Hiertegenover stond een toename van bedden in psychiatrische klinieken van algemene ziekenhuizen alsook universitaire en particuliere klinieken voor acute patiënten tot meer dan 11.000. Per saldo komt het Italiaanse beddenbestand uit op ongeveer 19.000 bedden op bijna 58 miljoen inwoners. Het aantal plaatsen in beschermende woonvoorzieningen, dat rond 1985 nog geen 3.000 bedroeg, nam met enkele duizenden toe.[4006] Ook in Spanje, dat 40 miljoen inwoners telde, verminderde het aantal psychiatrische bedden sterk: de meer dan 40.000 bedden rond 1980 waren medio jaren negentig ruim 17.000 geworden, waarvan zich 2.400 in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen bevonden.[4007] Het aantal door de National Health Service gefinancierde (dus exclusief particulier bekostigde) psychiatrische bedden (zowel in psychiatrische ziekenhuizen als in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) in Engeland en Wales (53 miljoen inwoners) kwam rond 2000 op ruim 34.000 uit. Voor Groot-Brittannië beschikken wij niet over informatie met betrekking tot de verdeling tussen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, maar gezien het beleid dat de Britse overheid al vanaf de jaren zestig voerde, kunnen we aannemen dat een aanzienlijk aandeel van de bedden in de laatste instellingen te vinden was.[4008]

Andere, in de nabeschouwing van deel 4 gesignaleerde verschillen tussen Nederland en andere landen werden in het laatste decennium van de twintigste eeuw kleiner. Het lijkt erop dat de geestelijke gezondheidszorg in de landen van de Europese Unie steeds meer overeenkomsten en steeds minder grote verschillen liet zien. Tegelijkertijd vertoonden sommige landen (Duitsland, Italië en Spanje) een grote regionale verscheidenheid. Bepaalde Europese invloeden, zoals het Europese Hof voor de Rechten van de mens op het terrein van de patiëntenrechten, bevorderden de uniformiteit. Wellicht geldt dat ook voor de wet- en regelgeving van de Europese Unie met betrekking tot andere aspecten van de geestelijke gezondheidszorg.[4009]

In veel landen kwamen aan het eind van de twintigste eeuw ingrijpende veranderingen tot stand en werden eerder gemaakte plannen grotendeels gerealiseerd. Globaal deden zich overal dezelfde tendensen voor.[4010] Ten eerste gericht overheidsbeleid, vaak vastgelegd in wet- of regelgeving, met betrekking tot de spreiding, de inrichting en capaciteit van zorgvoorzieningen alsook de normering van de omvang en de deskundigheid van hulpverleners en van de kwaliteit van de geboden zorg. Ten tweede een regionalisering van de organisatie en de uitvoering van de zorg. Ten derde de afbouw van de capaciteit en de schaalverkleining van de psychiatrische ziekenhuizen, geleidelijk en in bescheiden mate (Duitsland, Frankrijk en Nederland) of in een hoog tempo en drastisch (Engeland, Italië en Spanje). Ten vierde een verschuiving van bedden van

---

[4005] Provost en Bauer 2001, 65.
[4006] Burti 2001, 43, 45
[4007] Vázquez-Barquero, García en Torres-González 2001, 90.
[4008] Johnson, Zinkler en Prieve 2001, 51.
[4009] Mangen 1985d.
[4010] Becker en Vázquez-Barquero 2001.

psychiatrische ziekenhuizen naar afdelingen van algemene ziekenhuizen, die vooral acute opnamen verzorgden. Dit gebeurde in Duitsland, Engeland, Frankrijk en Italië overigens op veel grotere schaal dan in Nederland en Spanje. Ten vijfde een verschuiving van de intramurale zorg naar ambulante psychiatrische voorzieningen, mantelzorg en extramurale faciliteiten op het gebied van wonen, dagbesteding en werkverschaffing. Ten zesde de verbetering van de rechtspositie van patiënten en de toenemende betrokkenheid van hun belangenorganisaties en die van hun familieleden bij het beleid en de uitvoering van de hulpverlening.

Vooral wat de ambulante geestelijke gezondheidszorg betreft werd de achterstand van veel landen op Nederland, waarvan wij in de nabeschouwing van deel 4 gewag maakten, grotendeels ingehaald. In de meeste landen kwamen in de een of andere vorm multidisciplinaire sociaalpsychiatrische voorzieningen tot stand. Ook begon Nederland zijn uitzonderingspositie wat betreft de publieke ambulante hulpverlening op het terrein van psychotherapie te verliezen. Zoals we hebben gezien won in de RIAGG de sociaalpsychiatrische zorg voor geesteszieken terrein en verschoof vooral de inzichtgevende psychotherapie naar particuliere praktijken van psychiaters en niet-medische psychotherapeuten. In veel andere landen was deze vorm van psychotherapie ter behandeling van mensen met neurotische en andere psychische of levensmoeilijkheden vanouds in handen van vrijgevestigde behandelaars. Een voorhoederol speelde Nederland wel wat betreft de grote invloed van de patiëntenbeweging en de familie-organisaties op de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg en de wettelijke vastlegging van patiëntenrechten. Dat laatste gebeurde in Nederland halverwege de jaren negentig als uitvloeisel van het streven naar grotere zelfbeschikking van patiënten vanaf de jaren zeventig. In andere West-Europese landen als België, Frankrijk, Duitsland en Denemarken kwam tussen 2002 en 2005 soortgelijke wetgeving tot stand.[4011]

Het streven naar vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg was geen uniek Nederlands verschijnsel en de problemen die zich daarbij voordeden waren dat evenmin. Het grootste struikelblok was overal het gebrek aan samenwerking en afstemming tussen de geestelijke gezondheidszorg, die in vrijwel alle landen beleidsmatig en wat financiering betreft onder de gezondheidszorg was komen te vallen, en de maatschappelijke hulp- en dienstverlening ten behoeve van wonen, dagbesteding, arbeidsrehabilitatie en sociale integratie. In sommige van de genoemde landen, en ook in Zweden, dat als internationale inspiratiebron voor het Nederlandse beleid diende, was dit probleem nog groter dan in Nederland, omdat de geestelijke gezondheidszorg daar sterker met de algemene gezondheidszorg was verbonden en in de psychiatrie de nadruk nog meer op de medische aspecten van het vak lag.[4012] Juist toen de geestelijke gezondheidszorg erkenning had verworven als volwaardig onderdeel van de gezondheidszorg - waardoor de financiering en de deskundigheid verbeterden - belemmerde deze verworvenheid het streven naar extramuralisering van de zorg en maatschappelijke integratie van patiënten. Financiering op basis van de gezondheidszorg werkte een medisch georiënteerde definitie en aanpak van geestesziekte (diagnose en therapeutische behandeling) in de hand, terwijl met name chronische patiënten eerder waren geholpen met sociale ondersteuning en activering in de context van hun dagelijkse

[4011] Nys en Stultiëns 2006, 88-100.
[4012] Stefansson en Hansson 2001, 83-85; Kwekkeboom 2001, 219-244.

leefomgeving. Verder stond in alle landen het gebrek aan maatschappelijk draagvlak voor de acceptatie van geesteszieken in de samenleving hun sociale integratie in de weg. Nederland was niet het enige land waar de geest van de jaren zestig en zeventig op zijn retour was en de publieke aandacht was verschoven van de misstanden in de inrichtingen en de emancipatie van psychiatrische patiënten naar de verwaarlozing waaraan zorgwekkende zorgmijders ten prooi vielen en de overlast van een toenemend aantal moeilijk handelbare en soms gewelddadige draaideurpatiënten. Net als hier nam de tolerantie voor geesteszieken ook elders in Europa eerder af dan toe en werd er gepleit voor meer dwang en drang in de hulpverlening alsook een zeker herstel van de asielfunctie van de intramurale psychiatrie.

SLOTBESCHOUWING

In de inleiding van dit boek hebben wij vragen gesteld over de wijze waarop moeilijkheden vanaf het eind van de negentiende tot de eenentwintigste eeuw betekenis kregen en behandeld werden als psychiatrische of geestelijke gezondheidsproblemen en over de rol die zorgaanbieders en hun patiënten of cliënten daarbij speelden. Ook kwamen vragen aan de orde over de wederzijdse beïnvloeding van maatschappelijke ontwikkelingen enerzijds en de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg anderzijds en over de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en die in andere landen. Aan de hand van een overzicht van de algemene tendensen in de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg proberen wij deze vragen te beantwoorden. Achtereenvolgens behandelen wij de psychiatrische beroepsgroep en hun verhouding tot andere hulpverleners, het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, de verhouding tussen vraag en aanbod, de maatschappelijke context, en de vergelijking van Nederlandse met buitenlandse ontwikkelingen. Mede op basis van de internationale vergelijking gaan we na in welke opzichten de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg bijzonder zijn en in hoeverre de specifieke kenmerken daarvan samenhangen met bepaalde karakteristieken van de Nederlandse maatschappij en cultuur. Tot slot geven we aan welke aspecten van de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg nog onderbelicht zijn en meer aandacht verdienen. In dat verband stellen wij in het bijzonder de vraag naar kwaliteit en vooruitgang aan de orde.

Het psychiatrisch beroep en werkveld

We hebben in dit boek de psychiatrische beroepsgroep, dat wil zeggen gestichtsartsen, zenuwartsen en psychiaters, vanaf zijn ontstaan rond 1870 tot de millenniumwisseling gevolgd en het psychiatrisch domein aan de hand van hun werkplekken in kaart gebracht. Ten tijde van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 waren niet veel meer dan een twintigtal geneeskundigen werkzaam in de krankzinnigenzorg en rond 1900 bedroeg dat aantal iets meer dan honderd. Rond 2000 waren van de meer dan 2.000 geregistreerde psychiaters tussen 1.600 à 1.700 daadwerkelijk werkzaam in de (geestelijke) gezondheidszorg, van wie zo’n 600 in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen. Daarnaast stonden nog eens ongeveer 700 neurologen geregistreerd en waren in de geestelijke gezondheidszorg zo'n 600 algemene artsen werkzaam. Zowel absoluut als relatief is de omvang van de psychiatrische (en neurologische) beroepsgroep dus sterk toegenomen: in de twintigste eeuw vermeerderde het aantal op psychiatrisch gebied werkzame artsen ruwweg met een factor twintig, terwijl de omvang van de Nederlandse bevolking ongeveer verdrievoudigde van ruim vijf tot bijna zestien miljoen. Aan het eind van de twintigste eeuw behoorde Nederland met ongeveer elf psychiaters per 100.000 inwoners wereldwijd tot de landen met de hoogste dichtheid aan psychiaters.[4013]

[4013] Hutschemaekers 1993a, 1178-1179; vergelijk Fichter en Wittchen 1980, 20; Becker en Vázquez-Barquero 2001, 9.

De uitdijing van het psychiatrische specialisme was evenwel niet uitzonderlijk vergeleken met de aanwas van de gehele medische professie: met een toename van ongeveer 2.300 naar meer dan 50.000 leden werd deze meer dan twintig keer zo groot. Gemeten in aantallen beroepsbeoefenaren bedroeg het aandeel van de psychiatrie (dus exclusief de neurologie) in de medische specialismen rond 2000 ongeveer 15 procent. Dat was iets meer dan het aandeel van bijna 14 procent dat de gestichtsartsen en zenuwartsen (dus inclusief neurologen) in 1900 daarin hadden.[4014] Binnen de medische wereld genoot de psychiatrie overigens weinig aanzien. Opmerkelijk is verder dat zij met de kindergeneeskunde van alle medische specialismen het grootste aantal vrouwelijke beroepsbeoefenaren kende. Terwijl het aandeel van vrouwen onder alle specialisten in de jaren zeventig, tachtig en negentig van de twintigste eeuw respectievelijk 14, 15 en 29 procent bedroeg was dat onder psychiaters 18, 27 en 36 procent.[4015]

De verdeling van psychiaters over Nederland is in de twintigste eeuw nooit gelijkmatig geweest. Zo was in de eerste helft van de twintigste eeuw meer dan de helft van de zenuwartsen in Noord- en Zuid-Holland gevestigd en bedroeg dat percentage in de tweede helft van de eeuw tussen de 39 en 45. Vooral in het zuidelijke deel van Nederland waren psychiaters vrij schaars: tot omstreeks 1980 waren daar niet meer dan 16 procent van de zenuwartsen gevestigd; daarna steeg dat percentage tot 24.

Het medisch specialisme psychiatrie kwam voort uit de institutionele krankzinnigenzorg, maar zijn werkveld begon zich aan het eind van de negentiende eeuw uit te breiden buiten de muren van het gesticht. Al rond 1900 was een aanzienlijk aantal vakbeoefenaren werkzaam in voorzieningen voor zenuwzieken, in particuliere praktijken, in universiteitsklinieken, in de algemene gezondheidszorg en in de rechtspraak. Ook profileerden enkelen zich op het terrein van het hygiënisme, de preventie van geestesstoornissen in de samenleving als geheel. Nadat vlak voor de Eerste Wereldoorlog met de hulpverlening aan alcoholisten een bescheiden begin was gemaakt met concrete activiteiten op het gebied van de psychische hygiëne, ontstond tijdens het interbellum de psychiatrische voor- en nazorg voor geesteszieken en kreeg het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid contouren. De concrete hulpverleningsactiviteiten richtten zich aanvankelijk behalve op alcoholisten vooral op kinderen en jongeren met opvoedings-, leer- en ontwikkelingsproblemen. De Psychopatenwetten van 1925 versterkten de positie van zenuwartsen in de rechtspraak en reclassering. Ten tijde van de Tweede Wereldoorlog kreeg de psychiatrie een plaats in het leger ter behandeling van geestelijk verwarde militairen en ter beoordeling van de geschiktheid van dienstplichtigen.

Vanaf de jaren veertig gingen zenuwartsen zich in het kader van de toen nog betrekkelijk kleinschalige ambulante geestelijke gezondheidszorg ook bezighouden met moeilijkheden op het gebied van huwelijk, gezin, relaties, voortplanting, seksualiteit, werk en maatschappelijke aanpassing. Vanaf de jaren zestig werd deze hulpverlening grootschaliger en breidde zij zich verder uit in de richting van welzijnszorg: tekorten in de persoonlijke ontwikkeling, gebrekkige mogelijkheden tot zelfontplooiing en zingevings- en identiteitsvragen werden object van vooral psychotherapeutische behandeling. Psychiaters raakten toen ook betrokken bij moreel en maatschappelijk

[4014] Van Drunen 2004, 51; vergelijk Abma en Weijers 2005, 107; Bruyn en Koehler 2002.
[4015] Abma en Weijers 2005, 136.

beladen onderwerpen als de verwerking van de oorlog, seksuele emancipatie, geboorteregeling, abortus, euthanasie, drugsverslaving en arbeidsongeschiktheid. In het kader van de collectieve ziekte- en arbeidsongeschiktheidswetgeving breidde het psychiatrisch werkgebied zich uit naar de sociale verzekeringsgeneeskunde. De schaalvergroting van en bureaucratisering in de geestelijke gezondheidszorg brachten met zich mee dat sommige psychiaters zich toelegden op beleid en management. Vanaf de jaren tachtig werden er vraagtekens geplaatst bij de betrokkenheid van psychiaters op het terrein van de psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening: er gingen stemmen op om hun werkveld toe te spitsen op de (medische) behandeling van ernstige geestesstoornissen en de lichtere psychische en psychosociale problematiek aan andere beroepsgroepen over te laten. De domeindiscussie, die plaatsvond tegen de achtergrond van de toegenomen aandacht in de geestelijke gezondheidszorg voor chronische geestesziekte, leidde echter niet tot een daadwerkelijke inkrimping van het psychiatrisch beroepsdomein: daarin bleef plaats voor psychosociale moeilijkheden, vooral voor zover psychiaters zich met name in particuliere praktijken bleven toeleggen op psychotherapie.

Het lijkt erop dat het psychiatrisch domein zich in de twintigste eeuw door middel van de incorporatie van nieuwe doelgroepen en probleemgebieden gestaag heeft uitgebreid. Van tijd tot tijd verdwenen daaruit evenwel ook zorggebieden en groepen patiënten. Hoewel psychiaters en neurologen zich tot de jaren zeventig doorgaans als zenuwarts afficheerden, verwijderden de deelspecialismen psychiatrie en neurologie zich vanaf het interbellum geleidelijk van elkaar. Deze ontwikkeling begon met de instelling van aparte academische leerstoelen en de onderscheiding van twee hoofdvakken in de opleiding, waardoor de aankomend zenuwarts kon kiezen tussen het zwaartepunt psychiatrie of neurologie. Na de oorlog trad binnen het gezamenlijke psychiatrisch-neurologische werkveld een verdere specialisering op, waarbij psychiaters zich vooral richtten op geestesziekten, neurosen en psychosociale problemen en neurologen zich bezighielden met somatische stoornissen van het zenuwstelsel. Aandoeningen zoals epilepsie en de door syfilis veroorzaakte dementia paralytica verdwenen uit het psychiatrisch domein. Het proces van externe differentiatie in de intramurale psychiatrie in de tweede helft van de twintigste eeuw, waardoor verstandelijk gehandicapten en demente bejaarden hun eigen zorgvoorzieningen kregen, bracht met zich mee dat de psychiatrische bemoeienis met deze groepen afnam. Aan het eind van de twintigste eeuw waren de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatrie uitgegroeid tot zelfstandige sectoren, waarin nog maar weinig psychiaters werkzaam waren en zij geen toonaangevende rol vervulden. De intramurale psychiatrie beperkte zich in toenemende mate tot psychiatrische stoornissen in engere zin: psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen.

Mede door de voortdurend verschuivende grenzen van hun werkdomein was ook de inhoud van de psychiatrische beroepspraktijk aan verandering onderhevig. Terwijl de negentiende-eeuwse en deels ook de twintigste-eeuwse krankzinnigenzorg ondanks de geneeskundige pretenties voornamelijk bestond uit bewaken en bewaren (de asielfunctie), gingen psychiaters zich vanaf omstreeks 1870 in toenemende mate bezighouden met de beoordeling (diagnostiek en classificatie), behandeling (medische, verpleegkundige, farmacologische, psychotherapeutische, pedagogische en sociale interventies), het voorkómen van geestesstoornissen en het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid. Hoewel zenuwartsen sinds 1932 en psychiaters sinds 1972 een formele status als medisch

specialist kennen, hebben zij tegen de achtergrond van de veranderende beroepspraktijk voortdurend geworsteld met hun beroepsidentiteit. Deze worsteling werd niet alleen in de hand gewerkt door de toenemende veelvormigheid van hun vak, maar ook door de confrontatie met andere beroepsgroepen op hun werkterrein en de invloed van andere disciplines (naast de biomedische wetenschappen ook de psychologie, de pedagogie, de sociologie en de wijsgerige antropologie) op de inhoud van de psychiatrie.

De psychiatrie was een moeilijk te definiëren en van andere disciplines af te bakenen vak. Een en ander heeft een consistente en effectieve belangenbehartiging gehinderd. Psychiaters bleken onderling vaak te verdeeld om eensgezind voor hun beroepsbelangen op te komen. Als belangenvereniging was de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) (NVPN) geen krachtige organisatie. Het bestuur zag zich voortdurend geconfronteerd met ontevreden beroepsbeoefenaren die meenden dat hun belangen onvoldoende aandacht kregen en die soms zelfs hun eigen verenigingen oprichtten, zoals de gestichtsartsen vlak na de Eerste Wereldoorlog en de vrijgevestigde psychiaters die psychotherapie beoefenden, in de jaren zeventig. Al vanaf de jaren dertig ontstond verdeeldheid over de band tussen psychiatrie en neurologie en de wijze waarop psychotherapie een plaats moest krijgen in de beroepsuitoefening. In de jaren zestig en zeventig bestond grote onenigheid over de mate waarin de psychiatrie zich op de sociale wetenschappen zou moeten oriënteren en de wenselijkheid om van psychotherapie een apart, multidisciplinair vak te maken. Aan het eind van de twintigste eeuw stonden pleitbezorgers van een sterke biomedische profilering van het vak tegenover voorstanders van een brede biopsychosociale benadering.

In de wijze waarop de psychiatrische beroepsgroep het vak vormgaf, zijn belangen behartigde en invloed trachtte uit te oefenen op het overheidsbeleid laten zich drie fasen onderscheiden.[4016] Vanaf het midden van de negentiende eeuw tot het interbellum bepaalden toonaangevende psychiaters, meestal de hoogleraren of de inspecteurs van het Staatstoezicht, de koers van de NVPN en de ontwikkeling van hun vak. Zij overlegden grotendeels op persoonlijk gezag en op ad hoc basis met overheidsinstanties. In het interbellum maakte dit 'seigneuriale' optreden plaats voor corporatisme. Zo beslisten de leden van de NVPN zelf in onderling overleg en onder de paraplu van de overkoepelende beroepsorganisatie, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), over de inhoud van de psychiatrisch-neurologische opleiding en daarmee ook over de criteria voor de formele erkenning en registratie van zenuwartsen. Het overleg met de overheid werd geïnstitutionaliseerd door middel van koepelorganisaties op het gebied van de krankzinnigenzorg en de geestelijke volksgezondheid zoals de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland (1918), de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen (1928) en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV, 1934). De regering stelde daarbij in toenemende mate randvoorwaarden en ging subsidies verstrekken, terwijl de instellingen voor psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg verantwoordelijk bleven voor de inhoudelijke invulling en de uitvoering van de zorg en problemen zoveel mogelijk in eigen kring oplosten. Binnen de meeste koepelorganisaties waren behalve de psychiatrische beroepsgroep in toenemende mate ook andere partijen, zoals bestuurders en administrateurs, vertegenwoordigd. Vooral in

[4016] Abma en Weijers 2005, 17.

die op het gebied van de geestelijke volksgezondheid deden ook andere beroepsgroepen zich gelden en heeft een figuur als de juriste en psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker een leidende rol vervuld.

De overheid en de medische faculteiten kregen rond 1960 meer zeggenschap over de invulling van de psychiatrisch-neurologische opleiding. Als gevolg van de toenemende overheidsbemoeienis en collectieve financiering vanaf de jaren zestig, die gepaard ging met steeds meer regelgeving en bureaucratisering, verloor de beroepsgroep aan autonomie en kon de NVP(N) niet veel meer doen dan het beleid van de overheid, dat in samenspraak met de diverse adviesorganen en koepelorganisaties vorm kreeg, al dan niet kritisch volgen en zich accommoderen.

De professionele ruimte van psychiaters werd mede bepaald door die van andere beroepsgroepen. Vanaf de eerste krankzinnigenwet (1841) bezetten artsen een sleutelpositie in de krankzinnigengestichten en later de psychiatrische inrichtingen, maar hun autoriteit en competentie waren niet onbetwist. Tot in de twintigste eeuw botsten zij soms met gestichtsbeheerders en -besturen over de interne gang van zaken, waaronder de zeggenschap van artsen over personeelskwesties. Hun invloed nam echter sterk toe vanaf 1890, toen zij besloten dat het ‘oppassend’ personeel een opleiding in ‘krankzinnigenverpleging’ diende te volgen. De artsen bepaalden zelf de inhoud van die opleiding, namen de examens af en reikten de diploma’s uit. Uit de kring van gediplomeerden benoemden zij vervolgens zelf de leidinggevende verplegenden. Deze leidinggevenden droegen niet alleen de geïnternaliseerde geneeskundige opvattingen, maar ook een in overleg met de eerste geneesheer of de geneesheer-directeur opgestelde verzameling ‘huisregels’ over aan de onder hen staande verplegers en verpleegsters. Zo kon het verplegend personeel een sterk stempel drukken op het dagelijks leven op de afdelingen. Alleen in de katholieke instellingen was de zeggenschap van artsen over het aanvankelijk uit louter religieuzen bestaande verplegende personeel niet vanzelfsprekend; hier gold ook de hiërarchie van de kloosterorde. Nadat in het kielzog van de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging (1921) een eigen katholieke opleiding in krankzinnigenverpleging was ontwikkeld, was echter ook hier het pleit in het voordeel van de geneeskundige benadering beslist. Na de Tweede Wereldoorlog en vooral vanaf de jaren zestig kregen psychiaters en verpleegkundigen in de psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in toenemende mate te maken met andere, academisch geschoolde, therapeutische beroepsgroepen. Tevens begonnen verpleegkundigen, vanaf begin jaren zestig, deels op eigen initiatief, een meer sociaalpedagogische invulling aan hun beroep te geven.

In de extramurale voorzieningen op het gebied van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg werkten zenuwartsen vanaf het begin op min of meer gelijkwaardige basis samen met andere al dan niet professionele hulpverleners: drankbestrijders, filantropen, geestelijken, juristen, sociaalpsychiatrisch en wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychiatrisch-sociaal werksters en na de Tweede Wereldoorlog psychologen, pedagogen en andragogen. Getalsmatig en deels ook wat betreft invloed gingen deze beroepsgroepen de psychiaters al gauw overvleugelen. Dat gold voor de consultatiebureaus voor alcoholisme, waarin drankbestrijders en maatschappelijk werkers de toon aangaven, en voor de voor- en nazorg, waarin de sedert 1937 ook specifiek bijgeschoolde verpleegkundigen het leeuwendeel van de werkzaamheden vervulden en vaak over meer expertise beschikten dan zenuwartsen. In

de voor- en nazorg voor zwakzinnigen, die grotendeels in handen van onderwijzers en pedagogen lag, kregen zenuwartsen nauwelijks voet aan de grond. In de MOB's speelden naast kinderpsychiaters kinderartsen, psychiatrisch-sociaal werksters en later psychologen en pedagogen een belangrijke rol. In de grotendeels confessionele consultatiebureaus voor levens-, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden namen geestelijken en (huis)artsen aanvankelijk een prominente positie in en gingen later maatschappelijk werkers steeds meer domineren. In de IMP'en werden psychiaters in de jaren zeventig getalsmatig overvleugeld door psychologen. Dat de psychotherapie zich mede door de institutionele inbedding in IMP'en tot een apart multidisciplinair vak ontwikkelde, was voornamelijk het werk van klinisch psychologen. In de RIAGG'en vormden psychiaters een minderheid onder andere professies.

Nederland onderscheidde zich in de laatste decennia van de twintigste eeuw internationaal niet alleen door het relatief grote aantal psychiaters, maar ook door een groot aantal (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen (94 per 100.000 inwoners), een hoge psychologendichtheid (bijna 35 per 100.000 inwoners) en een veelheid aan diverse sociaal-agogische beroepsbeoefenaren.[4017] Hoewel er regelmatig schermutselingen optraden tussen enerzijds zenuwartsen en andere beroepsbeoefenaren - bijvoorbeeld met pedagogen over de zwakzinnigenzorg, met psychologen over psychotherapie en met geestelijken over moreel beladen onderwerpen als huwelijk, seksualiteit en geboorteregeling - is het opvallend dat de psychiatrische beroepsgroep zich over het algemeen open heeft opgesteld voor samenwerking met andere beroepsgroepen en zich heeft gevoegd naar de toenemende professionele diversiteit in hun werkveld.

Een en ander werd in de hand gewerkt door de veelzijdige ontwikkeling van hun eigen vak en de daarmee samenhangende interne verdeeldheid. Tijdens de ontstaansfase aan het eind van de negentiende eeuw oriënteerde het psychiatrisch-neurologisch vak zich sterk op de natuurwetenschappelijke geneeskunde, maar in de eerste drie decennia van de twintigste eeuw wonnen psychologische, pedagogische en sociale benaderingen sterk aan invloed. Dit is onder meer zichtbaar in de talrijke herziene edities van door psychiaters geschreven handboeken voor psychiatrisch verpleegkundigen.[4018] Weliswaar afficheerde de psychiatrie zich in nauwe verbondenheid met de neurologie als tak van de geneeskunde, maar in feite ontwikkelde zij zich tot een eclectisch, multidisciplinair vak. Dat zou de psychiatrie in de gehele twintigste eeuw blijven, ook toen de biomedische richting in de jaren tachtig en negentig weer aan invloed won. Internationaal gezien neemt de Nederlandse psychiatrie in dit opzicht waarschijnlijk een bijzondere positie in. In de omringende landen - Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië en België - hebben psychiaters zich veel sterker als artsen geprofileerd en hun werkveld scherper als medisch domein bewaakt, waardoor de inbreng en invloed van andere beroepsgroepen als (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers in de geestelijke gezondheidszorg daar minder groot was en is.[4019]

[4017] Van Strien 1993, 66, 88-89; Hutschemaekers 1993, 1178-1180; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, deel 2.
[4018] Aan de Stegge 2005a.
[4019] Giel et al. 1989; Provost en Bauer 2001; Bauer et al. 2001; Freeman 2005; Roelcke 2005, Coffin 2005; Oosterhuis 2005a.

Niet alleen het beroepsdomein van zenuwartsen dan wel psychiaters, maar ook het bredere werkveld van de geestelijke gezondheidszorg kreeg vorm en bestaansrecht door middel van voortdurende grensafbakening en -verlegging ten opzichte van belendende en deels overlappende terreinen. Reeds spoedig na de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 beleefde de bouw van nieuwe krankzinnigengestichten een ware hausse. Tegelijkertijd deed zich scherper dan voorheen het probleem gevoelen hoe krankzinnigheid viel af te bakenen, met name ten opzichte van zenuwlijden. Deze Krankzinnigenwet bood hiertoe, anders dan de Krankzinnigenwet van 1841, geen houvast in de vorm van een definitie van krankzinnigheid. Terwijl voor de verplichte rechterlijke machtiging tot opname in een gesticht een geneeskundige krankzinnigheidsverklaring was vereist, won onder zenuwartsen het standpunt veld dat een scherpe scheiding tussen krankzinnigheid en zenuwziekte niet mogelijk was. Bovendien zouden niet alle lijders aan psychosen, laat staan zenuwlijders gebaat zijn bij opname in een krankzinnigengesticht: die was, mede door de noodzakelijke rechterlijke machtiging, de hiermee verbonden status van handelingsonbekwaamheid en de vrijheidsberoving, onnodig stigmatiserend en belastend. Nadat in de laatste decennia van de negentiende eeuw tal van kleinschalige, particuliere voorzieningen als sanatoria, herstellingsoorden of rusthuizen voor zelfbetalende patiënten tot stand waren gekomen, volgden begin twintigste eeuw enkele grootschaliger initiatieven met ten dele ook mogelijkheden voor opname van minvermogende patiënten, zoals in het Leidse Rhijngeest. Voor zenuwartsen lag hier een interessant werkterrein dat zich aanvankelijk geheel los, maar dankzij wetswijzigingen in 1904 en 1916 ook als onderdeel van de intramurale krankzinnigenzorg ontwikkelde: eerst in psychiatrische universiteitsklinieken, vervolgens ook in krankzinnigengestichten die zich tot psychiatrische inrichting ontwikkelden door een aangewezen of sanatoriumafdeling te openen. Daarin konden patiënten zonder rechterlijke machtiging en dus ook zonder krankzinnigheidsverklaring terecht. In de loop van de twintigste eeuw liep het aantal (dwang)opnamen met rechterlijke machtiging terug tot zo’n vijftien procent. Vanaf de jaren dertig, kwamen ook psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) tot stand, aanvankelijk doorgaans voortkomend uit een reeds bestaande praktijk van een vrijgevestigde zenuwarts die een aantal ziekenhuisbedden huurde voor de klinische behandeling van zijn patiënten. Vooral in de jaren zestig en zeventig beleefden de PAAZ’en een periode van groei en bloei.

De ontwikkeling van krankzinnigengesticht naar psychiatrische inrichting hield dus een verruiming van de mogelijkheden tot opname in en deed als het ware recht aan de opvattingen van zenuwartsen die een strikte afgrenzing tussen krankzinnigheid en zenuwziekte voor onmogelijk en ongewenst hielden. Anders lag het in zekere zin met de verhouding tussen krankzinnigheid en idiotie (inclusief de lichtere variant imbecillitas) oftewel zwakzinnigheid, de term die vanaf rond 1915 in zwang kwam. Idiotie gold zowel in de eerste als in de tweede krankzinnigenwet als een vorm van krankzinnigheid. Hoewel veel artsen dit standpunt deelden, was het, mede op praktische gronden, niet onomstreden. Dat had enerzijds te maken met de jeugdige leeftijd van veel zwakzinnigen: voor hen kwam vanaf eind negentiende eeuw een aantal aparte, al dan niet onder het Staatstoezicht vallende intramurale voorzieningen tot stand. Daarin was voor artsen een bescheidener rol weggelegd dan in de krankzinnigengestichten het geval was. Volwassen zwakzinnigen bleven, voor zover het de intramurale sector betrof, voornamelijk aangewezen op de krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen, dan wel op

armenhuizen, weeshuizen of tehuizen voor bijvoorbeeld zwakzinnigen en ouden van dagen tezamen. Vanaf de jaren vijftig voltrok zich een verdergaande scheiding tussen de krankzinnigen- en de zwakzinnigenzorg, welke laatste sector een sterke groei doormaakte. Deze groei vond geen pendant in een toename van het aantal in deze sector werkzame zenuwartsen of psychiaters. Integendeel: hun aandeel in dit zich sterk multidisciplinair ontwikkelende zorggebied was uiterst gering. Voor lijders aan ouderdomsdementie kwam met name vanaf de jaren zestig een soortgelijke splitsing van het arbeidsterrein tot ontwikkeling met de oprichting van aparte psychogeriatrische (afdelingen in) verpleeghuizen. Ook daar was de psychiatrische bemoeienis gering.

Epilepsie en alcoholisme vielen indertijd eveneens onder de noemer van krankzinnigheid. Lijders aan vallende ziekte en alcoholisten konden derhalve in aanmerking komen voor opname in een krankzinnigengesticht. Daarnaast kwamen, evenals voor zwakzinnigen maar op bescheidener schaal, enkele gespecialiseerde inrichtingen voor epileptici en voor alcoholisten tot stand. Minder zware gevallen van epilepsie of alcoholisme konden bovendien voor kortere opnamen terecht in sanatoria voor zenuwlijders, universiteitsklinieken, of in algemene ziekenhuizen waarin een zenuwarts werkzaam was dan wel een psychiatrische afdeling was gevestigd.

Reeds voor de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 hadden (zenuw-)artsen een inbreng op forensisch gebied. Het ging daarbij om de vaststelling van de zogenaamde grensgevallen: het al dan niet verminderd toerekeningsvatbaar zijn van personen die wegens een misdrijf met justitie in contact waren gekomen. Na de invoering van de Psychopathenwetten in 1928 volgde de oprichting van een nieuwe intramurale voorziening waarin zenuwartsen een taak kregen: het ‘psychopathenasiel’, de latere TBR- of TBS-inrichting. Deze instellingen, die niet onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken dan wel Volksgezondheid maar onder het Ministerie van Justitie vielen, groeiden na de Tweede Wereldoorlog in aantal en omvang.

Ook op het gebied van de sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg ontwikkelden zenuwartsen initiatieven. Tot in de jaren dertig waren deze vaak gekoppeld aan krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen. Daarna ontwikkelden voor- en nazorg zich in toenemende mate op afstand van de intramurale psychiatrie. Het leeuwendeel van het sociaalpsychiatrische werk, met name de huisbezoeken en de contacten met andere hulpverleningsinstanties, werd echter uitgevoerd door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen dan wel maatschappelijk werksters. Bovendien moesten sociaal-psychiaters rekening houden met de beduchtheid van vrijgevestigde zenuwartsen voor concurrentie op de psychiatrische markt. Dit noopte hen tot terughoudendheid ten aanzien van het verrichten van medische behandelingen als het voorschrijven van medicijnen. Zeker tot de jaren zestig genoot de sociale psychiatrie, die aanvankelijk mede bedoeld was om het imago van de gestichten en inrichtingen op te vijzelen, onder psychiaters weinig aanzien, terwijl dit werkgebied voor verpleegsters juist een statusverhoging betekende, onder meer omdat zij zelfstandiger werkten dan in inrichtingen.

Nog sterker dan voor de intramurale psychiatrie gold voor de ambulante voorzieningen en de daarin werkzame beroepsgroepen dat zij zich een plaats moesten verwerven naast en tussen bestaande vormen van zorg en hulpverlening: de inrichtingspsychiatrie, de somatische en openbare gezondheidszorg, de kerkelijke zielzorg, het maatschappelijk werk, de psychologische dienstverlening, de justitiële sfeer,

de kinderbescherming en het bijzonder onderwijs. Vanaf de jaren dertig zochten en vonden de psychohygiënische beweging en de ambulante sector aansluiting bij de algemene gezondheidszorg, waardoor zij afstand bewaarden tot de met juridische dwang en armenzorg geassocieerde gestichtspsychiatrie. Tegelijkertijd vertoonden zij overlappingen met de filantropie, pastorale zorg en het maatschappelijk werk. Nederland was rijk aan kerkelijke en particuliere organisaties op charitatief terrein, die de leniging van materiële nood verbonden met geestelijke en zedelijke verheffing.[4020]

Het moreel-pedagogische ethos dat zowel de liefdadigheid als het meer professionele maatschappelijk werk kenmerkte, drukte ook zijn stempel op de psychohygiënische beweging. Het gemeenschappelijke uitgangspunt was een min of meer optimistisch geloof in de verbeterbaarheid van het individu en diens sociale milieu. Met enkele uitzonderingen, zoals de segregatie van zogenaamde onmaatschappelijke gezinnen vanaf de jaren twintig tot zestig, won het streven naar maatschappelijke integratie het daarbij van de neiging tot isolatie en uitsluiting van probleemgroepen. De sociaal-charitatieve invalshoek vertoonde raakvlakken met de psychosociale en agogische werkwijze die in de ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer de toon ging aangeven. De biomedische en eugenetische benadering van de eerste psychohygiënisten verdween naar de achtergrond. Alleen in de psychiatrische voor- en nazorg werd vanaf de jaren vijftig ook gebruikt gemaakt van een medische aanpak in de vorm van medicatie. Vanaf de jaren tachtig wonnen de psychofarmaca verder terrein in de ambulante sector, waarbij deze behalve bij geestesziekten in toenemende mate ook werden aangewend ter behandeling van andere psychische klachten.

De band tussen de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk werd aanvankelijk vooral belichaamd door de psychiatrisch-sociaal werkster, die een belangrijke rol speelde in het MOB en later ook in het BLGM/V. Psychologen verwierven een positie in de ambulante instellingen naarmate psychotherapeutische behandelwijzen, vooral de meer toegankelijke alternatieven voor de psychoanalyse, aan betekenis wonnen. In de jaren zeventig, toen het aantal psychologen en maatschappelijk werkers sterk toenam, leek het er zelfs op dat de ambulante hulpverlening en de psychohygiëne zouden opgaan in de welzijnszorg. Door de psychisch leed veroorzakende maatschappelijke omstandigheden aan te pakken en de sociale voorwaarden voor geestelijke gezondheid te scheppen, zouden hulpverleners, evenals welzijnswerkers, kunnen bijdragen aan een betere samenleving. Maar al gauw bleek dat dit ambitieuze streven hun vermogen ver te boven ging. Toen de welzijnszorg rond 1980 onder vuur kwam te liggen, trokken ze zich weer terug op het beperktere werkveld van de gezondheidszorg. Hiermee waren hun werkzaamheden beter te legitimeren en konden ze in de jaren tachtig vermijden dat de geestelijke gezondheidszorg evenals het welzijnswerk ten prooi viel aan de bezuinigingen op de voorzieningen van de verzorgingsstaat.

De psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt: aanbod en vraag

Terugkijkend op de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw stellen wij vast dat de oprichting, verspreiding, organisatie en differentiatie van de verschillende intra- en extramurale zorgvoorzieningen in eerste

[4020] Neij 1989, 39; Hueting 1989, 42-43, 125; Couwenberg 1989, 199; De Haan en Duyvendak 2002, 34.

instantie niet zozeer waren afgestemd op de behoefte aan hulp en zorg - die hoe dan ook moeilijk onafhankelijk van het aanbod vast te stellen is - en de belevingswereld van patiënten en cliënten, maar meer te maken hadden met de krachten aan de aanbodzijde.[4021] Op de eerste plaats staan in dit verband de economische conjunctuur en de financieringsmogelijkheden. Daarnaast kan worden gewezen op het overheidsbeleid; de professionele ambities, wetenschappelijke inzichten en ideologische overtuigingen van gevestigde en nieuwe beroepsgroepen; de maatschappelijke initiatieven van sociaal bewogen groepen en individuen; de profileringsdrang van en concurrentie tussen de zuilen en bijzondere omstandigheden zoals die tijdens de Duitse bezetting.

De economische conjunctuur vond haar weerslag in de capaciteit van de intramurale psychiatrie, het aantal opgenomen patiënten en het zorgpeil. Zolang er genoeg financiële middelen waren, werden er nieuwe gestichten en inrichtingen gebouwd en leek het aanbod de vraag te stimuleren. De grootste uitbreiding van de intramurale capaciteit, dat wil zeggen van zowel de krankzinnigen- als de erkende zwakzinnigengestichten, vond plaats tussen 1884 en 1914.[4022] In absolute zin verdriedubbelde de omvang van de gestichtsbevolking van tegen de 5.000 tot zo'n 14.000 en haar aandeel in de totale Nederlandse bevolking verdubbelde van 1,1 tot 2,3 promille. Deze inhaalslag ten opzichte van de omringende landen, waar de gestichtszorg zich al eerder had uitgebreid, was mogelijk doordat er als gevolg van de economische opleving en industrialisering meer geld beschikbaar kwam en zowel de rijks- en gemeentelijke overheden als (verzuilde) particuliere organisaties een actievere rol op sociaal gebied gingen spelen. De verbeterde infrastructuur maakte de nieuwe instellingen op het platteland toegankelijk. De nieuwbouw, die de verouderde en nauw bemeten stadsgestichten grotendeels verving, betekende een verbetering van de leefomstandigheden van veel patiënten.

In het interbellum vlakte de groei af. De meer dan 15.000 opgenomen patiënten in 1918 waren er in 1939 bijna 27.000 geworden, in relatieve zin een geringe toename van 2,4 tot 2,9 promille van de bevolking. Nadat de voedsel- en personeelsschaarste als gevolg van de Eerste Wereldoorlog tot een verslechtering van de leefomstandigheden in de gestichten hadden geleid, trad er in de relatief welvarende jaren twintig een bescheiden verbetering op. Als gevolg van de economische crisis volgde in de jaren dertig weer een daling van het verzorgingspeil en kwam er een voorlopig einde aan de uitbreiding van de intramurale capaciteit. Dat betekende echter niet zozeer een inkrimping als een verschuiving van het psychiatrische zorgaanbod als zodanig. Het streven naar kostenbesparing op de gestichts- en inrichtingsverpleging bracht met zich mee dat er naar alternatieve, goedkopere zorgvormen werd gezocht. Zo werden ervaren gestichtsverpleegsters gestimuleerd om zelf een sociaal pension of rusthuis te beginnen voor chronische patiënten.[4023] Belangrijker echter nog was de uitbouw van het sociaalpsychiatrische werk. Op die manier bevorderden de bezuinigingen een belangrijke psychiatrische vernieuwing, waarvoor de basis al in de jaren twintig was gelegd: de

---

[4021] Vergelijk Vijselaar 2007b en Vijselaar en De Goei 2007.

[4022] De hieronder vermelde cijfers met betrekking tot het aantal patiënten in de intramurale psychiatrie zijn gebaseerd op bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964; en bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

[4023] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

extramurale voor- en nazorg en de oriëntatie op de preventieve zorg voor de geestelijke volksgezondheid. Een onvoorzien gevolg van de ontwikkeling van meer sociale psychiatrie was dat meer mensen binnen het bereik van de psychiatrische hulpverlening kwamen en dat hiervoor ook geld beschikbaar kwam.

Onder invloed van de oorlogsomstandigheden daalde het bevolkingstal van de psychiatrische inrichtingen, dus exclusief de zwakzinnigengestichten, tussen 1943 en 1946 van ongeveer 25.000 naar ruim 21.000, oftewel van 2,7 tot 2,3 promille van de Nederlandse bevolking. Als gevolg van de gedwongen ontruimingen van inrichtingen in het kustgebied van Noord- en Zuid-Holland moesten vele duizenden patiënten naar instellingen elders in het land verhuizen. Vanwege deze noodtoestand werden een paar duizend van hen in 1942 en 1943 teruggeplaatst bij familie of elders buiten de inrichting ondergebracht. De Duitse bezetters deporteerden tussen begin 1943 en medio 1944 circa 1.300 joodse patiënten naar de vernietigingskampen. In de psychiatrische inrichtingen in het oosten en zuiden des lands ontstond tijdens de bezetting ernstige overbevolking. Door zeep- en voedseltekorten staken epidemieën de kop op en nam de sterfte toe. In het bijzonder tijdens de hongerwinter stierven vele patiënten. Tot slot werd vanaf het najaar van 1944 tot in het voorjaar van 1945 op vele inrichtingsterreinen slag geleverd tussen Duitse militairen die zich aldaar verschansten en geallieerde troepen. Enkele inrichtingen raakten door oorlogsgeweld zwaar beschadigd.

Na de oorlog herstelden de inrichtingen zich moeizaam van de materiële schade en leed de verzorging onder economische schaarste en een groot tekort aan verplegend personeel. Pas in de loop van de jaren vijftig konden zij de vruchten plukken van de groeiende welvaart, waardoor de inrichtingsbevolking (exclusief die van de aparte zwakzinnigeninrichtingen) in de jaren 1946-1956 toenam van ongeveer 21.000 naar 28.000 oftewel van 2,3 tot 2,6 per 1.000 inwoners. Daarnaast breidde de gespecialiseerde zwakzinnigenzorg zich snel uit en werd er in het midden van de jaren vijftig een begin gemaakt met de overplaatsing van chronisch geesteszieke en vooral demente patiënten, die dankzij de verbeterde lichamelijke gezondheid langer leefden, naar verpleeghuizen.

Tussen 1956, het jaar waarin de inrichtingsbevolking haar grootste omvang bereikte, en begin jaren tachtig was er sprake van een gestage teruggang van de inrichtingsbevolking in de psychiatrische inrichtingen naar ruim 21.000 (1,5 promille), een aantal dat tot het midden van de jaren negentig vrij stabiel bleef en vervolgens licht daalde tot ongeveer 20.000 (1,3 promille). Tegelijkertijd vond op basis van financiering van de AWBZ een sterke capaciteitsuitbreiding plaats van de categorale zwakzinnigen- en psychogeriatrische zorg, die aan het eind van de twintigste eeuw de intramurale psychiatrie in omvang overtroffen. Door de uittocht van de vaak langdurig opgenomen verstandelijk gehandicapten en demente bejaarden nam het aantal bedden voor patiënten met psychiatrische stoornissen in engere zin relatief gezien toe. In toenemende mate werden de psychiatrische ziekenhuizen, zoals de meeste gestichten en inrichtingen sinds de jaren vijftig werden aangeduid, bevolkt door lijders aan psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen. Verder daalde de gemiddelde opnameduur en steeg het aantal (her)opnamen sterk. Het psychiatrisch ziekenhuis profileerde zich steeds meer als behandelinstelling, hoewel chronische patiënten nog een groot deel van de bedden bleven bezetten. Daarnaast groeide de opnamecapaciteit van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen aanmerkelijk. De explosieve welvaartsgroei in de jaren zestig en de uitbreiding van de verzorgingsstaat leidden, althans tot het midden van de jaren

tachtig, ertoe dat de intramurale psychiatrie definitief werd losgemaakt van de armenzorg en op basis van de AWBZ een onderdeel werd van de collectief gefinancierde gezondheidszorg. De wettelijk verankerde en ruimere financiering maakte renovatie van oude inrichtingen en nieuwbouw van kleinschaliger psychiatrische ziekenhuizen alsook hun gelijkmatige spreiding over het land mogelijk, waardoor de leefomstandigheden van psychiatrische patiënten verbeterden en zij dichter bij hun woonplaats konden worden opgenomen.

In tegenstelling tot in andere landen leidde de antipsychiatrische kritiek niet tot inkrimping of sluiting van psychiatrische ziekenhuizen. De ver- en nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen gaf begin jaren tachtig aanleiding tot protesten en pleidooien voor deïnstitutionalisering naar Italiaans en Amerikaans voorbeeld, die weliswaar gehoor vonden in zowel de maatschappij en de media als de politiek, maar niet daadwerkelijk werden omgezet in beleid. De economische mogelijkheden en niet de ideologische bevlogenheid gaven de doorslag. Wel droeg de kritische beweging bij tot de democratisering van de interne verhoudingen in het psychiatrisch ziekenhuis, meer aandacht voor communicatie met patiënten en het streven naar verbetering van hun leefomstandigheden en rechtspositie. Vanaf medio jaren tachtig was het beleid zowel om financiële als inhoudelijke redenen gericht op schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen en daarnaast op extramuralisering en vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg door middel van een verschuiving van (langdurige) ziekenhuisopname naar semi- en extramurale woon- en zorgvoorzieningen. Tussen 1985 en 2000 steeg het aantal plaatsen voor klinische dagbehandeling van 1.300 naar 2.600 en dat van beschermende woonvoorzieningen van 3.000 naar tegen de 7.000. Verder breidde de sociaalpsychiatrische hulpverlening zich uit in de vorm van de bestaande RIAGG'en en poliklinieken alsmede van transmurale zorgvernieuwingsprojecten en Multifunctionele Eenheden of Regionale GGZ-Centra. Opnieuw kwamen mede onder invloed van het streven naar kostenbeheersing vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg tot stand.

Dit alles betekende niet dat psychiatrische ziekenhuizen verdwenen - de sluiting van Santpoort in 2002 bleef een uitzondering -, wel dat hun functie veranderde. Hoewel ze ook nog een aanzienlijk aantal chronische patiënten huisvestten, concentreerden ze zich als onderdeel van langere transmurale zorgtrajecten steeds sterker op korter durende behandelingen van acute patiënten of crisisopvang van chronische geesteszieken. Als wij de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra tezamen met althans een deel van de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten beschouwen als de opvolgers van de aan het begin van de twintigste eeuw bestaande krankzinnigen- en zwakzinnigengestichten, dan moet de conclusie zijn dat er geen sprake was van een afname van de intramurale zorgcapaciteit voor mensen met geestelijke aandoeningen. Integendeel, deze was aan het eind van de vorige eeuw groter dan ooit.

De eerste vormen van extramurale psychiatrie kregen rond 1900 gestalte, toen psychiaters zich met particuliere praktijken richtten op lijders aan zenuwkwalen en waarschijnlijk ook beter gesitueerde geesteszieken, wier verwanten het stigma van krankzinnigheid wilden vermijden. Terwijl de particuliere praktijken en ook de consultatiebureaus voor alcoholisme zich onafhankelijk van de gestichtspsychiatrie ontwikkelden, kwamen de initiatieven in de jaren twintig op het gebied van de voor- en

nazorg in de maatschappij grotendeels uit de intramurale psychiatrie voort. De sociaalpsychiatrische zorg voor geesteszieken, grotendeels ingegeven door financiële motieven, was mede bedoeld om de groeiende opnamedruk tegen te gaan en de beslotenheid van de inrichtingspsychiatrie te doorbreken. Aanvankelijk sloot de beweging voor geestelijke volksgezondheid daarbij aan, maar in de jaren dertig sloeg deze een andere koers in. Vooral onder invloed van de pleitbezorgers van het MOB namen psychohygiënisten afstand van de intramurale psychiatrie en benadrukten zij dat hun doelgroepen niet uit geesteszieken bestonden. Het stigma dat de krankzinnigenzorg aankleefde vanwege het grote aantal onvrijwillige, rechterlijk gesanctioneerde opnamen alsook de bekostiging op basis van de Armenwet werkten deze verwijdering in de hand. De consultatiebureaus voor moeilijke kinderen en levens-, gezins- en huwelijksmoeilijkheden alsook het IMP profileerden zich als instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijk werk. Beleidsmatig kwamen ze onder de verantwoordelijkheid van de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken en van het Ministerie van Maatschappelijk Werk te vallen, terwijl het krankzinnigenwezen tot 1947 onder de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken ressorteerde.

Hierbij namen de voor- en nazorgdiensten een bijzondere positie in. Enerzijds verzelfstandigden deze zich vanaf de jaren dertig ten opzichte van de inrichtingen, anderzijds vonden zij geen aansluiting bij de psychohygiënische beweging en de daaraan gelieerde ambulante voorzieningen. Het MOB, het BLGM en later het IMP gaven na de Tweede Wereldoorlog met een psychosociale en psychotherapeutische aanpak de toon aan in de ambulante sector, waarbij de voor- en nazorg en ook de verslavingszorg in aanzien - hoewel de eerste zeker niet in omvang - achterbleven. In de jaren zestig en zeventig gingen de SPD'en zich op basis van preventieve doelstellingen ook richten op een clientèle wier psychische problematiek niet zo ernstig was dat opname noodzakelijk was. Uiteindelijk kreeg de sociale psychiatrie naast de andere vormen van ambulante hulpverlening een plaats in de RIAGG, maar uit de voortdurend geuite kritiek dat deze nieuwe instelling onvoldoende aandacht schonk aan ernstig gestoorde patiënten bleek hoezeer de historisch gegroeide tweedeling binnen de geestelijke gezondheidszorg tussen de klinisch-psychiatrische en de ambulante sector nog doorwerkte. Ondertussen had deze tweedeling ook met zich meegebracht dat psychiatrische ziekenhuizen hun eigen semi- en extramurale voorzieningen in de vorm van dag- en poliklinieken opzetten. Aan deze grotendeels gescheiden hulpverleningscircuits kwam in de jaren negentig een einde, toen mede onder druk van de overheid samenwerkingsverbanden en fusies tot stand kwamen tussen de intra-, semi- en extramurale instellingen.

Tot in de jaren zestig was de clientèle van de ambulante geestelijke gezondheidszorg verre van massaal en was de behoefte eraan waarschijnlijk beperkt. Het zal de meeste Nederlanders niet duidelijk zijn geweest voor welk soort moeilijkheden de diverse ambulante voorzieningen hulp boden en waaruit die bestond. Het MOB, het BLGM, het IMP en later tot op grote hoogte ook de RIAGG situeerden zich op de hulpverleningsmarkt met een psychosociaal en psychotherapeutisch behandelaanbod. Dit werkte een selectief aannamebeleid in de hand. Er bestond een tendens om hulpvragers die niet aan het beoogde profiel van de hulpverleners beantwoordden, zoals lijders aan ernstige psychische stoornissen, als onbehandelbaar te beschouwen en buiten de deur te houden.

De dynamiek van therapeutisch optimisme en pessimisme

De ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg vertoont een patroon dat de geschiedenis van de psychiatrie sinds het midden van de negentiende eeuw als geheel kenmerkt: de voortdurende afwisseling en ook het naast elkaar bestaan van therapeutisch optimisme, teleurstelling en pessimisme. Telkens weer werd vastgesteld dat bestaande voorzieningen niet voldeden om alle patiënten adequaat te behandelen en te genezen. Deze constatering leidde vrijwel nooit tot de conclusie dat de psychiatrie op zich zelf fundamenteel tekortschoot. Veeleer overheerste de verwachting dat een andere organisatie van de zorg en nieuwe voorzieningen wel zouden slagen waar de bestaande hadden gefaald. De teleurstelling over het therapeutisch vermogen van de psychiatrie en de kritiek die sinds de negentiende eeuw regelmatig is uitgeoefend op haar zorginstellingen, hebben overwegend geleid tot een uitdijing van de geestelijke gezondheidszorg. Dit was niet zozeer een bedoelde en doelgerichte ontwikkeling als wel een onbedoeld gevolg van het streven naar vergroting van de therapeutische effectiviteit en het onderscheid dat deze ambitie vaak teweegbracht tussen moeilijk en beter behandelbare patiënten of cliënten. Nieuwe vormen van zorg en behandeling, die doorgaans maar aan een beperkte groep ten goede kwamen, versterkten dit onderscheid vaak. Ze leidden er niet zelden toe dat de therapeutische inspanningen ten behoeve van mensen met lichtere stoornissen ten koste gingen van ernstiger en veelal chronisch geesteszieke patiënten en dat zij tegelijkertijd nieuwe doelgroepen aanboorden.

Het expanderende aanbod genereerde nieuwe vraag. Steeds weer zorgden nieuwe instellingen en benaderingen voor de ontginning en articulatie van nieuwe probleemvelden en een uitbreiding van de clientèle van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. De grens van wat hulpverleners noodzakelijk achtten om te behandelen, schoof voortdurend op, waardoor over het geheel genomen de zwaarte van de moeilijkheden waarop een groeiend aantal van hen zich richtte, afnam.[4024]

Enkele voorbeelden kunnen dit patroon illustreren. In het midden van de negentiende eeuw kwamen er geneeskundige gestichten naast bewaarplaatsen voor onbehandelbare krankzinnigen. Gevaarlijk en hinderlijk gedrag voor de omgeving of gebrek aan draagkracht van de naasten van krankzinnigen om de nodige zorg te verlenen was vanouds - en bleef tot in de twintigste eeuw - de belangrijkste reden voor gestichtsopname. Tegelijkertijd ontstond de ambitie om van gestichten geneeskundige instellingen te maken, een streven dat aan het eind van de negentiende eeuw werd versterkt door de ontwikkeling van medische behandelingen in algemene ziekenhuizen. Ook al was de psychiatrische problematiek in feite onlosmakelijk verbonden met onmaatschappelijkheid, armoede, invaliditeit en chronische ziekte, in de nieuwe medische benadering klonk de hoop door dat krankzinnigheid, althans voor een deel van de lijders, een behandelbare aandoening was. In de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw raakten de geneeskundige gestichten echter overbevolkt door grotendeels chronische patiënten. Deze temperden de hoopvolle verwachtingen omtrent de genezing van geestesziekte. Het therapeutisch optimisme verschoof rond 1900 van de gestichten naar andere voorzieningen voor grotendeels andere patiënten, zoals sanatoria

[4024] De Ridder 1984; Hamers 1987, 36-38; Van der Stel 1995, 454; Vijselaar 1997e; vergelijk Miller 1986; Osselaer-Schouterden 1994; Akkermans 2006.

en particuliere praktijken voor zenuwpatiënten; universitaire klinieken voor met name acute en behandelbare geesteszieken en zenuwlijders; en sanatoria en consultatiebureaus voor alcoholisten die niet aan geestelijke stoornissen leden. Binnen de gestichten ontstond met de invoering van de vrijwillige opname een differentiatie tussen gesloten gestichtsafdelingen en open afdelingen, die onder andere plaats moest bieden aan acute en behandelbare patiënten die louter om geneeskundige redenen waren opgenomen.

De degeneratietheorie bood zowel een wetenschappelijke legitimatie voor therapeutisch pessimisme ten aanzien van de gestichten als een stimulans voor de ontwikkeling van een nieuw psychiatrisch werkgebied: het streven naar preventie van krankzinnigheid door middel van de behandeling van minder ernstige aandoeningen als psychosomatische kwalen en zenuwlijden alsook de bestrijding van vermeend schadelijk gedrag, zoals overmatig drankgebruik of seksuele uitspattingen. De ontwikkeling van de voor- en nazorg, de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de MOB's, de BLGM's en het IMP in de jaren twintig, dertig en veertig was ingegeven door teleurstelling over het therapeutische vermogen van de gestichten en de veronderstelling dat het beter was krankzinnigheid te voorkomen door minder ernstige stoornissen te behandelen. Zo bevorderde de combinatie van therapeutisch pessimisme en optimisme de oprichting van nieuwe hulpverleningsinstellingen. Deze brachten op hun beurt een uitbreiding van de doelgroepen van de geestelijke gezondheidszorg met zich mee.

Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar in de ontwikkelingen in de jaren zestig en zeventig. De kritiek op het gebrekkige therapeutische vermogen van de ziekenhuispsychiatrie en de hospitalisatie die deze teweeg zou brengen, vormde een stimulans voor de verdere uitbreiding van de psychosociale hulpverlening en in het bijzonder van de toepassing van socio- en psychotherapeutische behandelmethoden, zowel binnen als buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze verbreding van het therapeutisch arsenaal kwam voornamelijk ten goede aan patiënten en cliënten met de minder ernstige psychische aandoeningen of levensmoeilijkheden en ging nogal eens ten koste van de inspanningen en de beschikbare middelen ten behoeve van ernstig geesteszieke en chronische patiënten. Ook de vernieuwingen in de jaren tachtig en negentig accentueerden het onderscheid tussen wel en niet te behandelen patiënten en tussen al dan niet maatschappelijk te rehabiliteren geesteszieken. De biomedische psychiatrie profileerde zich met een therapeutisch optimisme en distantieerde zich van de sociaalpsychiatrische zorg voor chronische geesteszieken. Nieuwe instellingen als de Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra richtten zich vooral op acute patiënten, terwijl op de oude locaties van psychiatrische ziekenhuizen chronische en ernstig gedragsgestoorde geesteszieken achterbleven. Dit was de groep waarover in 2001 het alarmerende rapport *Een keten van lege zondagen* verscheen. De beschermende woonvormen, de zorgvernieuwingsprojecten en het streven naar vermaatschappelijking brachten een schifting met zich mee tussen handelbare chronische patiënten die min of meer voldeden aan het rehabilitatie-ideaal, en de zorgwekkende zorgmijders en andere onhandelbare geesteszieken. Aan het eind van de eeuw groeide de bezorgdheid over een toenemend aantal van hen dat dreigde te verkommeren.

De dynamiek tussen behandelingspessimisme en -optimisme is ook herkenbaar in de twee dominante richtingen in de beweging voor geestelijke volksgezondheid.[4025] De

[4025] De Goei 1997.

eerste bestond uit het psychohygiënische streven naar geestelijke volksgezondheid in de gehele samenleving. Het ging hierbij niet zozeer om de geestelijke gezondheidszorg als aparte organisatiestructuur, maar om de maatschappelijk breed gedragen preventie van psychische aandoeningen. Dit streven was mede ingegeven door pessimisme omtrent de mogelijkheden om psychische stoornissen te genezen. De tweede richting daarentegen legde op basis van een groter therapeutisch optimisme de nadruk op het belang van concrete hulpverleningsinstanties voor de behandeling van psychosociale en levensmoeilijkheden van specifieke probleemgroepen. De beweging voor geestelijke volksgezondheid ontstond in de jaren twintig op basis van een breed psychohygiënisch streven en dit vond direct na de Tweede Wereldoorlog en begin jaren zeventig veel aanhang, maar concrete invulling heeft het slechts in bescheiden mate gekregen. De oprichting van het MOB vormde het begin van de ontwikkeling van de meer specifiek gerichte, door behandeloptimisme gedreven hulpverlening, die zich vooral tussen 1950 en 1990 gestaag uitbreidde met steeds meer nadruk op professionele kwaliteit en therapeutische effectiviteit.

Nogmaals aanbod en vraag

De sterke groei van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw, in het bijzonder in de laatste drie decennia daarvan, zou de indruk kunnen wekken dat een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking met geestelijke problemen en stoornissen te kampen kreeg. Er lijkt echter geen direct verband te bestaan tussen de frequentie waarmee deze voorkwamen en de mate waarin mensen van hulpverleningsinstellingen gebruik maakten. De behoefte aan professionele zorg werd behalve door de omvang en ernst van het psychisch leed voor een belangrijk deel door andere factoren bepaald. Het zorgaanbod en de daarvoor beschikbaar gestelde financiële middelen alsook bepaalde sociale en culturele factoren hebben waarschijnlijk een grotere invloed gehad op de omvang van de zorgconsumptie dan de mate waarin geestesziekte en psychische moeilijkheden zich daadwerkelijk in de maatschappij voordeden.

We hebben gezien dat de opnamecapaciteit van de intramurale psychiatrie voor een groot deel werd bepaald door de economische conjunctuur en aan het eind van de twintigste eeuw ook door veranderende ideeën over de plaats van geesteszieken in de maatschappij en hun burgerrechten. De beschikbaarheid en nabijheid van gestichten, inrichtingen of ziekenhuizen of van alternatieve zorgvoorzieningen (verpleeginrichtingen, sanatoria voor zenuwlijders, vrijgevestigde zenuwartsen, (poli)klinieken, psychiatrische of zenuwafdelingen van algemene ziekenhuizen en voor- en nazorgvoorzieningen) en de mogelijkheden om de behandeling en verzorging daarin te bekostigen, zullen in hoge mate bepalend zijn geweest voor de beslissing om geesteszieken al dan niet, en in de ene dan wel de andere instelling te laten opnemen. Dat gemeenten daarbij een belangrijke stem hadden, staat wel vast. Zij moesten immers in de periode voor de invoering van de AWBZ (1968) het overgrote deel van de verpleegkosten voor arme patiënten voor hun rekening nemen.[4026] Of, en zo ja, op welk moment en voor hoe lang zij in een zorginstelling terechtkwamen, hing verder af van hun sociale omgeving en levensomstandigheden, met name het vermogen en de bereidheid van hun naasten om

[4026] Zie over de afwegingen op gemeentelijk niveau: De Graaf 2007 en over de financiering van de krankzinnigen- en de geestelijke gezondheidszorg: Bakker en Van der Velden 2004a en Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.

voor hen te zorgen en hen te tolereren. Op basis van onderzoek naar (geanonimiseerde) patiëntendossiers uit de eerste helft van de twintigste eeuw stelde J. Vijselaar onder meer vast dat de familie - ouders, echtgenoot of echtgenote of kind(eren) - van een geesteszieke of zwakzinnige een niet te onderschatten, dikwijls langdurige zorgtaak vervulde totdat de nood zo hoog gestegen was, dat aan opname in een gesticht of inrichting niet meer viel te ontkomen.[4027] Bovendien komt uit zijn onderzoek naar voren dat, naarmate de eeuw vorderde, het zorgtraject dat geesteszieken doorliepen uitgebreider en gedifferentieerder werd. Bestond dit traject tot aan het interbellum voor het merendeel van hen uit de gang van thuis naar gesticht of - voor rustige, ongeneeslijke patiënten - naar een instelling van weldadigheid als een oude mannen- en vrouwenhuis, daarna zien we steeds vaker dat voorafgaande aan opname in een gesticht of inrichting een vrijgevestigde zenuwarts werd geconsulteerd dan wel een voor- en nazorginstelling werd ingeschakeld en eventueel een kortdurende opname in een psychiatrische universiteitskliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis plaatsvond. Later kwamen daar nog andere voorzieningen bij, zoals poliklinieken van psychiatrische inrichtingen (vanaf de jaren vijftig), het psychiatrisch dagziekenhuis (vanaf begin jaren zestig), sluisinternaten ter voorbereiding op het ontslag uit de inrichting (eveneens vanaf begin jaren zestig) en, voor chronische patiënten, de zogenoemde beschermende woonvormen (vanaf de jaren tachtig).

Nog sterker dan voor de intramurale psychiatrie en tot op zekere hoogte ook voor de sociaalpsychiatrische zorg voor geesteszieken gold voor de ambulante psychosociale hulpverlening dat het aanbod in belangrijke mate de vraag schiep. In de intramurale psychiatrie en de voor- en nazorg ging het vooral om mensen voor wie de vanzelfsprekende en basale verwachtingspatronen in het sociale verkeer hun geldigheid (tijdelijk of blijvend) hadden verloren en die volkomen onbegrijpelijk, hinderlijk, lastig, gevaarlijk of schrikwekkend voor anderen waren. Zij vormden een kerngroep van lijders aan psychosen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, waarvan de relatieve omvang in de geschiedenis waarschijnlijk vrij stabiel bleef en waarvan sommigen, al naar gelang de overlast die ze veroorzaakten, ook al in het verleden in bepaalde instellingen werden ondergebracht. Een groot deel van de ambulante sector daarentegen richtte zich voornamelijk op lichtere psychische aandoeningen alsmede op belevings- en omgangsmoeilijkheden waarvan mensen zich min of meer bewust waren, waar de gebruikelijke sociale communicatie en interactie grotendeels in stand bleven en waarvan het ongerief voor de omgeving beperkt bleef en voornamelijk de betrokkenen zelf trof. Ook dergelijke moeilijkheden zijn wellicht van alle tijden, maar de wijze waarop mensen deze beleefden en er al dan niet oplossingen voor zochten, was in nog veel sterkere mate aan verandering onderhevig dan de reacties op en de omgang met geestesziekte.

De interpretatie en articulatie van minder ontwrichtende geestelijke of relationele moeilijkheden als behandelbare problemen voor de professionele geestelijke gezondheidszorg waren het resultaat van ontwikkelingen in de twintigste eeuw. De specifieke benoeming ervan als geestelijke gezondheidsproblemen werd sterk bepaald door het bestaan, de bereikbaarheid van en de publieke bekendheid met gespecialiseerde psychosociale hulpverleners en voorzieningen alsmede door de behandelmogelijkheden en het begrippenkader dat deskundigen hanteerden. De verspreiding van professionele

[4027] Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar, monografie in voorbereiding.

hulpverlening zorgde ervoor dat allerlei min of meer stilzwijgend beleefde moeilijkheden benoembaar, bespreekbaar en zichtbaar werden. Het ambulante voorzieningenaanbod was in die zin bepalend voor het probleembesef en de gevoelde behoefte aan deskundige hulpverlening. Naarmate er voor meer vormen van ongerief gespecialiseerde behandelingsmogelijkheden kwamen, mensen daarover geïnformeerd en ermee vertrouwd raakten en zij hun moeilijkheden vooral in psychologische en relationele termen konden verwoorden, verloor de veronderstelling dat dergelijk leed nu eenmaal bij het leven hoorde haar vanzelfsprekendheid. Ook verdween de schaamte om ermee naar buiten te treden en deskundige hulp te zoeken. De socioloog A. de Swaan heeft deze ontwikkeling aangeduid als protoprofessionalisering.[4028] Een dergelijke ontwikkeling is overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg, maar heeft zich ook in de algemene gezondheidszorg voorgedaan. De groei van de cosmetische chirurgie is hiervan een duidelijk voorbeeld.

Toch is de toegenomen ontvankelijkheid van mensen voor gespecialiseerde psychiatrische en psychosociale voorzieningen – net als allerlei andere vormen van deskundige hulp en dienstverlening - niet uitsluitend te wijten aan de toegenomen verbreiding en toegankelijkheid daarvan. De gegroeide neiging om moeilijkheden op te vatten als door deskundigen te behandelen problemen is ook een gevolg van daadwerkelijk veranderde attitudes van en verhoudingen tussen mensen. Zowel de beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden als specifieke maatschappelijke omstandigheden bepaalden wat als probleem gold, welke klachten werden gesignaleerd en besproken en wie ze ter behandeling kreeg voorgelegd. Onafhankelijk van de geestelijke gezondheidszorg kan worden verwezen naar sociale en culturele ontwikkelingen die het veranderde hulpzoekgedrag in de hand werkten en ruimte schiepen voor de aanvaarding van de specifieke aanpak van de geestelijke gezondheidszorg. Naarmate de sociale verbanden waarin mensen waren opgenomen hun geslotenheid, hechtheid, overzichtelijkheid en stabiliteit verloren en zij in hun directe leefomgeving minder mogelijkheden hadden om soelaas te vinden voor persoonlijke moeilijkheden, werd de kans groter dat zij een beroep op meer anonieme, deskundige hulp gingen doen.

Bovendien leidden de vergroting van de materiële welvaart, de verbetering van de lichamelijke gezondheid en de verlenging van de gemiddelde levensverwachting ertoe dat mensen zich sterker gingen richten op de immateriële kwaliteit van hun leven en hun geestelijke welbevinden. De verbetering van de levensomstandigheden, de grotere bestaanszekerheid en de langere levensduur waren bevorderlijk voor een vooruitziende en planmatige levenshouding en een geloof in zelfbepaling en -ontplooiing. De toenemende gerichtheid op geluk en succes in het hier en nu heeft mensen tegelijkertijd veel gevoeliger gemaakt voor mislukkingen en teleurstellingen. Het werd minder vanzelfsprekend dan vroeger om allerlei vormen van ongeluk te accepteren als onvermijdelijk onderdeel van het leven. Levensproblemen die mensen eerder ervoeren als domweg pech, Gods wil of speling van het noodlot, als zonde, schuld of morele zwakte, werden nu in termen van het individuele functioneren, persoonlijke capaciteiten, gevoelsmatige beleving en betrekkingen met anderen begrepen - factoren die door gericht

[4028] Van Dantzig en De Swaan 1978; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 22, 23; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 20; Schnabel en Onland 1979; Hamers 1987, 51, 91; De Swaan 1989, 231-232; Schnabel 1998d, 8; Wennink et al. 2001, 918.

ingrijpen zouden zijn te beïnvloeden.[4029] De verruiming van de mogelijkheden om het leven zelf vorm te geven bracht met zich mee dat subjectief beleefde vrijheidsbeperkingen meer en meer als probleem werden ervaren. Met de vergroting van de individuele autonomie kwam de nadruk op persoonlijke tekortkomingen, het eigen onvermogen en falen, te liggen als verwachtingen niet uitkwamen. Het persoonlijke onbehagen werd zo vaker ervaren als een innerlijk probleem, waarvoor deskundige psychologische hulpverlening het meest voor de hand lag.

In het groeiende beroep op de geestelijke gezondheidszorg komt tot uitdrukking dat mensen in toenemende mate persoonlijke moeilijkheden als behandelbaar en oplosbaar beschouwden. Met de emancipatie en toegenomen mondigheid stegen ook de verwachtingen omtrent de effecten van professionele hulp. In dit opzicht is de oplopende zorgconsumptie eerder te beschouwen als een teken van een verhoogde kwaliteit van het leven dan van een verslechterende psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Net als voor de somatische gezondheidszorg geldt voor de geestelijke gezondheidszorg de zorgparadox: de steeds toenemende behoefte aan zorg wijst niet op een toenemend aantal zieken, maar op een verhoging van het gemiddelde gezondheidsniveau en een streven om dat te handhaven en zelfs te verbeteren.[4030] Een dergelijke vaststelling spoort met enquêteonderzoeken waaruit naar voren komt dat de meeste Nederlanders tevreden zijn met hun leven en dat Nederland behoort tot de landen die hoog scoren met betrekking tot de mate van welzijn en geluk die de bewoners ervaren.[4031] De toenemende behoefte aan psychiatrische en psychosociale hulpverlening is een van de symptomen van een sterk gegroeid geloof in de maakbaarheid van het individuele leven. De keerzijde daarvan is dat onvolkomenheden en afwijkingen van wat als normaal of wenselijk geldt moeilijker worden geaccepteerd en dat aan mensen minder ruimte wordt gelaten om 'onverstandige' keuzen te maken en zich passief door het toeval te laten leiden. De moderne maatschappij stelt hoge eisen aan individuen en dwingt hen voortdurend bewuste keuzes te maken omtrent de optimale vormgeving van hun leven. Deskundige kennis en adviezen dienen mede om hiervoor een leidraad te bieden.[4032]

In dit boek hebben wij gewezen op psychologisering als een zich in de Nederlandse samenleving voordoende mentaliteitsverandering, die zich in de tweede helft van de twintigste eeuw voltrok in samenhang met de democratisering van de maatschappelijke verhoudingen, veranderende omgangsvormen en gezagsverhoudingen en de toenemende subjectieve invulling van de persoonlijke identiteit. Tezamen met de psychologische dienstverlening op het gebied van beroepskeuze, opvoeding, onderwijs en selectie van personeel heeft de geestelijke gezondheidszorg ongetwijfeld een belangrijk aandeel gehad in de articulatie van de psychische dimensie in het persoonlijk leven. De verspreiding van de psychologiserende beschouwingswijze onder de Nederlandse bevolking vond echter ook plaats als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen die zich onafhankelijk van de uitbreiding van de psychologische hulp- en dienstverlening voordeden. Een uitgesproken psychologische benadering, in de vorm van de toepassing

---

[4029] Romme 1978, 46; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 26-27; Van Poppel en Van Solinge 2001, 67.
[4030] Schnabel 1991a, 500.
[4031] Veenhoven 1994; Inglehart 1997, 62; Oosterbaan 2005, 21; vergelijk Hamers 1987, 10; Van der Stel 2001a, 217.
[4032] Hamers 1987, 52, 169; Giddens 1991; Van der Stel 1995, 454.

van psychoanalytische inzichten, bleef in de eerste helft van de twintigste eeuw voornamelijk beperkt tot de MOB's en de psychotherapeutische behandelingen in particuliere praktijken en psychotherapeutische instituten. Het aantal mensen dat ermee in aanraking kwam, was niet groot en er zijn aanwijzingen dat de kloof tussen de eigen probleemdefinities van de MOB- en IMP-cliënten en de beschouwingswijze van de therapeuten vrij groot was.

Vanaf de jaren vijftig maakte de psychologiserende optiek opgang in de consultatiebureaus voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, maar ook hierin bestond aanvankelijk een behoorlijke afstand tussen de alledaagse beleving van de meeste cliënten en de zienswijze van de hulpverleners. Uiteenlopende levensmoeilijkheden moesten eerst al pratende op een zodanige manier worden vertaald dat zij voor de deskundigen hanteerbaar werden en aansloten op hun professionele perspectief.[4033] Dit was de kern van zowel het *social casework* dat de psychiatrisch-sociaal werksters hanteerden als van de diverse psychotherapeutische behandelwijzen. Binnen hulpverleningspraktijken bestond psychologisering in eerste instantie uit een herdefiniëring van de hulpvraag waardoor het accent verschoof van een beoordeling in termen van vaste morele en maatschappelijke normen, schuldvragen en de voorgeschreven maatschappelijke rol van individuen naar inzicht in hun levensloop, motieven, attitude en gevoelens.

Pas vanaf de jaren zestig, toen economische, sociale en politieke ontwikkelingen de definitieve doorbraak van individualisering mogelijk maakten, raakte een steeds groter deel van de bevolking, al dan niet als gevolg van direct contact met de psychosociale hulpverlening zoals de psychotherapie, vertrouwd met de psychologiserende zelfbeschouwing en incorporeerden meer en meer mensen deze in hun alledaagse beleving.

Verzuiling en overheidsinvloed

Terwijl de oprichters van de NVP blijk gaven van een sterk vertrouwen in de wetenschap en neigden tot een liberaal-seculiere wereldbeschouwing, ontwikkelden de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg zich in Nederland niet tegenover en onafhankelijk van godsdienst. Integendeel, evenals andere moderne voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg en sociale hulpverlening was een groot deel van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg tot omstreeks 1970 op verzuilde basis georganiseerd en speelden christelijke drijfveren een belangrijke rol.

De verzuiling drukte vanaf het eind van de negentiende eeuw een stempel op de Nederlandse krankzinnigenzorg. Omgekeerd kreeg de verzuiling mede gestalte dóór de krankzinnigenzorg. Bij de bouw van krankzinnigengestichten namen de gereformeerden het voortouw, spoedig daarop gevolgd door de katholieken, terwijl het joodse en het Nederlands-Hervormde aandeel relatief bescheiden bleef. Een in het oog springend aspect van de Nederlandse krankzinnigenzorg was voorts de grote aandacht van gestichtsartsen voor de inhoudelijke invulling van de psychiatrische verpleging. Dit hing voor een belangrijk deel samen met de verzuiling, die een belangrijke stimulans vormde tot bezinning op de invulling van dit beroep. De levensbeschouwelijke profilering kreeg vooral gestalte in de opleidingen, leerboeken en tijdschriften voor het verplegend personeel. Naast de algemene opleiding van de NVP(N) (1890) ontstond al gauw een

[4033] Zie Davis 1984; De Boer en Hak 1986; De Boer 1994.

gereformeerde opleiding (1898). Een katholieke opleiding ging halverwege de jaren twintig van start. Overigens valt op dat de leerboeken van de verschillende opleidingen onderling aanzienlijk meer overeenkomsten dan verschillen vertoonden. In de praktijk onderscheidden de gereformeerde gestichten zich met hun relatief kleinschalige paviljoens door een model van verplegen waarin een gezin werd nagebootst met een 'vader' en een 'moeder' aan het hoofd en patiënten als 'kinderen'.

In de katholieke gestichten was de gang van zaken geheel anders. Vooral de sekscheiding was hier strikt doorgevoerd. Katholieke mannelijke en vrouwelijke patiënten werden tot in de jaren zeventig louter door mensen van hun eigen sekse verpleegd, en zodoende waren ook de leidinggevenden in de gestichten van het eigen geslacht. Terwijl de katholieken wel uitdroegen dat 'de vrouw' de ideale verpleegster was, was dit in hun eigen gestichten dus niet de realiteit. Sterker nog, het waren zowel voor als na de Tweede Wereldoorlog vooral religieuze broeders, met name de Broeders van Liefde en de broeders van Onze Lieve Vrouwe van Lourdes, die een voorhoederol speelden bij de formulering van wat verplegen in de psychiatrie zou moeten of kunnen zijn.[4034] In de jaren vijftig en zestig groeiden de neutrale, gereformeerde en katholieke examencommissies van verpleegopleidingen in de krankzinnigenzorg naar elkaar toe. Zij kregen er toen belang bij om gezamenlijk vanuit de geestelijke gezondheidszorg te reageren op inspanningen van de overheid en de algemene gezondheidszorg om te komen tot nieuwe, generieke, verpleegopleidingen. Vanaf 1968 ging de Inspectie een actiever toezicht uitoefenen op de B-opleiding en in 1975 nam zij de controle op deze opleiding definitief over van de particuliere examencommissies. Toen de Inspectie eenmaal verpleegkundigen had benoemd in de examencommissies waren de psychiaters hun exclusieve zeggenschap over de B-opleiding kwijt.[4035] Op haar beurt verloor de Inspectie in de jaren negentig, toen de psychiatrische verpleegkunde opging in een generieke verpleegkunde, haar directe invloed op de inrichting van het verpleegkundig onderwijs aan het hoger en middelbaar beroepsonderwijs.

Ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg was grotendeels op verzuilde basis georganiseerd. Veel ambulante voorzieningen kwamen op katholieke en, in wat mindere mate, op hervormde en gereformeerde grondslag tot stand. De met de verzuiling samenhangende sterke doorwerking van morele principes in het dagelijks leven kon op individueel niveau tot innerlijke strijd leiden en daarvoor werd binnen de zuil naast traditionele zielzorg in toenemende mate ook moderne professionele hulp geboden. Met name de consultatiebureaus voor huwelijks- en gezinsproblemen ontsproten aan confessionele initiatieven en de hulp die zij boden bewoog zich aanvankelijk deels op het vlak van de zielzorg. Het ging hier vooral om problemen die grotendeels door de strikte christelijke huwelijks- en gezinsmoraal in de hand werden gewerkt. Deze intensiveerde de aandacht voor en een schuldbewuste beleving van seksualiteit. In dit licht valt te begrijpen waarom deskundigen binnen de confessionele zuilen veel belangstelling voor moeilijkheden op dit terrein aan de dag legden. Weliswaar gingen professionele hulpverleners in de confessionele instellingen steeds meer de toon aangeven, maar zij moesten (en wilden) rekening houden met de geloofswaarden en de kerkelijke moraal. De verbreiding van psychiatrische en psychologische gezichtspunten in de confessionele geestelijke gezondheidszorg leidde niet direct tot een terugdringing van het geloof. Zij

[4034] Klijn 2007b. Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
[4035] Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

stond in de jaren dertig en veertig in dienst van de handhaving van de godsdienst. Vanaf 1950 stelden zowel vooraanstaande psychiaters en psychologen als enkele hervormingsgezinde geestelijken de onderschikking van psychisch welzijn aan kerkelijke normen en waarden ter discussie, maar dat betekende niet dat het geloof als zodanig in het geding was. Op basis van psychohygiënische inzichten trachtten zij de kloof tussen de traditionele leer en het moderne leven te overbruggen met de bedoeling om het christelijk geloof te behouden en te revitaliseren. Klakkeloze gehoorzaamheid en volgzaamheid ten opzichte van de kerk zouden plaats moeten maken voor innerlijke overtuiging, autonome gewetensontwikkeling en individuele verantwoordelijkheid. Deze invalshoek maakte het mogelijk de rigide kerkelijke moraal, met name op het gebied van huwelijk, gezin, opvoeding en seksualiteit, te relativeren.

De verzuiling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft ertoe bijgedragen dat de psychologische benadering van levensproblemen in de confessionele wereld vrij snel ingang vond en aan invloed won. Juist de verzuiling vergrootte de kans dat gelovige mensen in aanraking kwamen met een psychologiserende benadering van normatieve kwesties. Aangezien de confessionele, vooral katholieke, bevolkingsgroepen over eigen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg beschikten, was de drempel voor het inwinnen van deskundige hulp of het doorverwijzen van mensen door geestelijken minder hoog en raakte het gedachtegoed ervan wijder verspreid dan wanneer er alleen neutrale voorzieningen zouden hebben bestaan. De confessionele geestelijke gezondheidszorg heeft, op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling en voordat er sprake was van massale ontkerkelijking, de aanzet gegeven tot een individualisering op moreel gebied, die mede de basis vormde voor de verdergaande liberalisering vanaf de tweede helft van de jaren zestig.

Katholieke intellectuelen maakten de psychohygiëne tot inzet van hun emancipatiestreven, waarbij de zogenoemde omgekeerde zuilwerking in hun voordeel werkte.[4036] Zij maakten deel uit van een hecht organisatorisch netwerk, waarin intensieve communicatie plaatsvond en dat hen in staat stelde geestelijken voor hun nieuwe ideeën te winnen en deze snel te verspreiden. Op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling wisten zij een mentaliteitsverandering op gang te brengen, waarmee zij mede de basis legden voor de culturele omwenteling in de jaren zestig en zeventig. De paradox van de omgekeerde zuilwerking was dat binnen het organisatiewezen dat bedoeld was om de katholieke eigenheid te bewaren, in vrij korte tijd ideeën opgang maakten die nauwelijks meer waren te onderscheiden van opvattingen die vanaf de jaren zestig in de rest van Nederland gemeengoed waren of werden. Mede onder invloed van de geestelijke gezondheidszorg schoof de christelijke moraal op in de richting van een algemeen humanistisch waardenpatroon en een ethiek van sociale rechtvaardigheid. Onbedoeld hebben confessionele werkers in de geestelijke gezondheidszorg zo bijgedragen aan de secularisering en ontzuiling. Mede onder invloed van hun maatschappijkritische oriëntatie - in feite een nieuwe vorm van ideologische bevlogenheid - distantieerden de meeste hulpverleners zich vanaf omstreeks 1970 expliciet van de kerk. Over het algemeen gold godsdienst, evenals andere in hun ogen onderdrukkende maatschappelijke instituties, toen als een belemmering voor de individuele zelfontplooiing en het psychisch welbevinden. Tegelijkertijd werkten bepaalde uit de confessionele wereld afkomstige culturele tradities

[4036] Simons en Winkeler 1987.

door, zoals de tendens om maatschappelijke en persoonlijke vraagstukken als morele gewetenskwesties bespreekbaar te maken, hetgeen zelfreflectie en verinnerlijking bevorderde.[4037]

De confessionele profilering op het gebied van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg en de grote variatie aan voorzieningen werden mede mogelijk gemaakt door de terughoudende rol van de Nederlandse overheid op geneeskundig terrein. Weliswaar was er op het gebied van de krankzinnigenzorg al vanaf het midden van de negentiende eeuw sprake van wet- en regelgeving en toezicht door de centrale overheid en financiering van de gestichtsverpleging door gemeenten en provincies, maar de exploitatie van voorzieningen en de uitvoering van de zorg liet de rijksoverheid voornamelijk over aan lagere overheden en het particuliere initiatief. De uit 1865 stammende en op liberale leest geschoeide wetgeving omtrent de uitoefening van de geneeskunst hield de taak van de overheid voornamelijk beperkt tot toezicht en controle. De uitvoering van de algemene gezondheidszorg berustte voor een belangrijk deel bij particuliere en gemeentelijke of semipublieke instanties. Duidelijker dan de eerste krankzinnigenwet (1841) verplichtte de tweede (1884) de provincies te voorzien in voldoende plaatsruimte in krankzinnigengestichten voor hun geesteszieke inwoners. Alleen de provincie Noord-Holland bouwde eigen gestichten – te beginnen met Meerenberg (1849). De overige provincies volstonden met het 'inkopen' van plaatsruimte in bestaande of nieuwe gestichten. Het merendeel van de vóór 1884 gebouwde gestichten bestond uit stadsgestichten met een semipublieke status. Ook na 1884 kwamen tal van gemeentelijke of semipublieke initiatieven op gemeentelijk niveau van de grond. Daarnaast nam, zoals vermeld, de bouw van confessioneel-particuliere gestichten hand over hand toe. Ook kwamen met ingang van 1884 enkele rijksgestichten tot stand.

De meeste ambulante voorzieningen kwamen voort uit het particuliere initiatief. Alleen in enkele grote steden organiseerde de lokale overheid sociaalpsychiatrische zorg, terwijl provinciale besturen coördinerende en ondersteunende activiteiten op dit terrein ontplooiden. De pogingen vanuit de NFGV vlak na de Tweede Wereldoorlog om tot een meer centrale regulering en een grotere invloed van de rijksoverheid te komen, liepen stuk op het verzet van de confessionelen en confessionele psychiaters. Hoewel de rijksoverheid in de loop van de jaren vijftig en zestig de subsidieverstrekking en de collectieve financiering verruimde, bleef zij behoudens inspectie en regelgeving op afstand van de organisatie en uitvoering van de intramurale psychiatrie en ambulante hulpverlening.

Toen de collectieve financiering in de verzorgingsstaat vanaf het midden van de jaren zestig een sterke groei en schaalvergroting mogelijk maakte, ontstond er steeds meer spanning tussen enerzijds het primaat van de particuliere zelfwerkzaamheid en het maatschappelijk middenveld en anderzijds het streven naar een gecentraliseerde coördinatie en een grotere invloed van de overheid. Naarmate de geestelijke gezondheidszorg steeds meer met overheidssubsidies en vanuit collectieve volksverzekeringen gefinancierd werd, kwam de noodzaak en wenselijkheid van het

[4037] De Haan en Kennedy (2005, 435) suggereren dat de wisselwerking tussen godsdienst en geestelijke gezondheidszorg een typisch Nederlands verschijnsel is. Ook wijzen zij erop dat psychologisering een hoge vlucht nam in overwegend protestantse landen waar tot de jaren zestig sprake was van een hoge kerksheid: behalve Nederland ook Australië, Canada en de Verenigde Staten. Zoals aangegeven deed deze tendens zich in ons land juist ook sterk onder het in omvang aanzienlijke katholieke bevolkingsdeel voor.

grote aantal particuliere, min of meer autonome instellingen ter discussie te staan en ging de overheid steeds meer eisen stellen aan de organisatie en uitvoering van de zorg. Vanaf het eind van de jaren zestig kreeg de rijksoverheid op basis van de collectieve AWBZ-financiering meer controle- en sturingsmogelijkheden in handen, die zij aanwendde om zowel de kosten te beheersen als de organisatie en de uitvoering van de zorg te verbeteren. De overheid streefde naar vergroting van de toegankelijkheid van zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de ambulante geestelijke gezondheidszorg door middel van een evenwichtiger spreiding van de voorzieningen over het land (regionalisering) en een betere onderlinge afstemming van de verschillende vormen van zorg (echelonnering). Deze koers resulteerde in de jaren zeventig en tachtig in de renovatie, nieuwbouw en schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen, de aanzet tot de ontzuiling en later de geleidelijke uniformering van de verpleegkundige opleiding, en een ingrijpende reorganisatie van de ambulante sector, die resulteerde in de RIAGG. Ook in de jaren negentig bleef het overheidsbeleid in hoge mate bepalend voor de organisatie van de zorg. De door de regering ingezette extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg brachten een toenemende functionele integratie van diverse zorg- en behandelvoorzieningen en uiteindelijk tal van fusies tussen verschillende intra-, semi- en extramurale instellingen met zich mee. Voorstellen om de (geestelijke) gezondheidszorg te dereguleren en te privatiseren en om meer ruimte te geven aan marktwerking deden niets af aan de toegenomen overheidsinvloed.

Dit alles betekende niet dat de geestelijke gezondheidszorg van bovenaf door de rijksoverheid en op basis van blauwdrukken werd vernieuwd. De richting, concrete uitvoering en effectiviteit van het overheidsbeleid, dat niet altijd even coherent was, waren in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld, dat, voor zover het om artsen en andere academisch geschoolde beroepsgroepen ging, was vertegenwoordigd in publiekrechtelijke organen, adviesinstanties en koepelorganisaties en daarin zijn invloed en hinderkracht kon doen gelden. Ondanks de toenemende overheidsbemoeienis en de teloorgang van de verzuiling, lag de uitvoering van de zorg in nog sterkere mate dan voorheen in handen van particuliere instellingen. Zo werden gemeentelijke en provinciale psychiatrische ziekenhuizen en sociaalpsychiatrische diensten geprivatiseerd. De typisch Nederlandse mengeling van particuliere organisatie en uitvoering en publieke financiering en controle bleef bestaan. Hetzelfde gold voor het corporatieve overlegmodel: beleid kwam in samenspraak met het maatschappelijk middenveld en grotendeels op basis van compromis- en consensusvorming tot stand. Het geloof in maakbaarheid uitte zich niet in het opleggen van blauwdrukken, maar het voortdurend schipperen, bijsturen, ombuigen, aanpassen en reorganiseren. Vernieuwingen waren meestal het resultaat van een wisselwerking tussen enerzijds discussies, plannen en beleidsmaatregelen op centraal niveau en anderzijds concrete initiatieven van onderop. Van radicale veranderingen en breuken met het bestaande was nooit sprake. De ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg kenmerkte zich door geleidelijkheid en, vergeleken met die in andere landen, door een grote mate van continuïteit. Vernieuwingen werden stap voor stap gerealiseerd door voort te bouwen op de voorzieningen en praktijken die al voorhanden waren en daar voortdurend nieuwe elementen aan toe te voegen. Weliswaar kwam dit de overzichtelijkheid van het zorgaanbod niet altijd ten goede, maar daar stond een grote mate van stabiliteit tegenover. Een en ander was te danken aan het machtsevenwicht tussen de overheid en het veld.

Hiermee onderscheidde Nederland zich van de buurlanden Duitsland en Groot-Brittannië. In Duitsland bezat het veld een overwicht, waardoor met name de koepelorganisaties van artsen en verzekeraars elke verandering in de gezondheidszorg konden blokkeren, terwijl de centraal aangestuurde, onder de *National Health Service* vallende Britse gezondheidszorg geconfronteerd werd met een lawine aan hervormingen, die het veld nauwelijks kon verwerken.[4038]

De psychohygiënische beweging en de ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben zich in de vorige eeuw met succes in Nederland weten te vestigen. De begrippen geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg, die een scala aan problemen in en tussen mensen onder één noemer brachten, vervulden juist door hun vaagheid een belangrijke functie door aan te knopen bij bestaande maatschappelijke activiteiten en sectoren, deze met elkaar te verbinden en uiteenlopende groeperingen aan te spreken. Ook speelden de begrippen een strategische rol in het streven naar erkenning, financiële steun en toegang tot cliënten. Geestelijke (on)gezondheid kon betrekking hebben op individu en maatschappij, waardoor een verband werd gelegd tussen de persoonlijke en de publieke sfeer. Voorzieningen op dit terrein pasten goed in het verzuilde maatschappelijke middenveld, het netwerk van particuliere organisaties en voorzieningen die op enige afstand van de overheid publieke taken uitvoerden. Volksgezondheid riep associaties op met geneeskunde en hygiënisme en het begrip geestelijk verwees naar zowel psychische verschijnselen als religieuze, morele en culturele waarden. Hierdoor kon de beweging voor geestelijke volksgezondheid aanknopen bij het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch ethos door zowel de confessionelen als de sociaal-democraten werd overgenomen. Het ideaal van geestelijke volksgezondheid beantwoordde aan een zekere heilsbehoefte, niet alleen onder christenen, maar in de jaren zestig en zeventig ook onder maatschappelijk geëngageerde groepen die geloofden in een maakbare welzijnssamenleving. Discussies over geestelijke volksgezondheid vormden een kader waarbinnen medische, psychiatrische en psychologische diagnosen zich lieten verbinden met morele, levensbeschouwelijke en politieke waarden. Psychohygiënisten droegen voortdurend ideologische boodschappen uit met betrekking tot de positie van de mens in de moderne maatschappij.[4039] Steeds klonken normen en idealen omtrent goed burgerschap door in de definities van geestelijke gezondheid.

Burgerschap

De psychiatrie kwam in de afgelopen twee eeuwen tot ontplooiing in het spanningsveld tussen humanisering en disciplinering en tussen sociale integratie en uitsluiting. Tot in de twintigste eeuw vervulde de gestichtspsychiatrie twee functies: een medisch-humanitaire (verzorging, bescherming en behandeling), waarbij het belang van de individuele patiënt (en diens naasten) voorop stond, en een sociaal-politieke (segregatie), waarbij het erom ging de naaste omgeving en de samenleving te vrijwaren van overlast en/of gevaar. De liberale rechtsstaat, die de individuele burgers tegen willekeurige vrijheidsberoving beschermde, stelde grenzen aan de mogelijkheid om mensen onder dwang in een gesticht op te nemen. Al voor de invoering van fundamentele democratische vrijheidsrechten in de grondwet van 1848 kwam er een Krankzinnigenwet tot stand, waardoor de

[4038] Van der Grinten 2006, 17-18.
[4039] Abma 1997, 16, De Groot 1995a, 81; De Goei 2001.

gestichtsopname van krankzinnigen aan rechtsregels en een medische beoordeling werd onderworpen. Deze waren bedoeld om met inachtneming van de rechtsstaat effectieve opnameprocedures ten behoeve van een spoedige geneeskundige behandeling alsook de beveiliging van de openbare orde mogelijk te maken. De strekking van deze wetgeving was dat krankzinnigen in gestichten en soms ook daarbuiten op grond van hun geestelijke onvermogen onder een bijzondere jurisdictie en (staats)toezicht kwamen te vallen en dat zij hun burgerlijke rechten voor langere of kortere tijd verloren. Daarmee gold geestesziekte in feite als het tegendeel van burgerschap zoals dat op basis van de idealen van vrijheid en gelijkheid vanaf de Amerikaanse en Franse Revoluties invulling had gekregen.

De liberale contractmaatschappij veronderstelde het bestaan van autonome en rationele individuen die in staat en bereid waren hun economische en politieke rechten en belangen weloverwogen te behartigen en die van anderen te respecteren. In het verlichte en liberale mensbeeld betekende waanzin niet alleen een aantasting van het redelijke wezen van de mens, maar ook van diens maatschappelijke en politieke status als burger. Het liberalisme koppelde burgerschap behalve aan bezit aan redelijkheid, onafhankelijkheid, zelfbeschikking en verantwoordelijkheidsbesef - bij uitstek de kwaliteiten die geesteszieken moesten ontberen. Krankzinnigen konden in deze gedachtegang niet als volwaardige burgers in de maatschappij functioneren. Zij mochten volgens de liberale rechtsbeginselen echter evenmin louter bij wijze van orde- of strafmaatregel onder dwang uit de samenleving worden verwijderd en opgesloten. Met een medisch-humanitaire argumentatie bood de krankzinnigenwetgeving een oplossing voor dit dilemma: de internering van geestelijk gestoorden was in de rechtsstaat te legitimeren als zij voor hun eigen bestwil ter genezing in een gesticht werden verzorgd en behandeld. De medische diagnose werd een onmisbaar element in de juridisch gereglementeerde gestichtsopname en de daarmee gepaard gaande opschorting van het burgerschap.

De relatie tussen de inrichtingspsychiatrie en burgerschap was in de negentiende en tot ver in de twintigste eeuw overwegend 'negatief' of 'exclusief' in die zin dat opname - uitgezonderd de vrijwillige opname zonder rechterlijke machtiging die vanaf 1916 in toenemende mate mogelijk werd - gepaard ging met een juridische procedure (rechterlijke machtiging) of bestuurlijke maatregel (inbewaringstelling), waardoor de patiënt zijn of haar burgerrechten voor de duur van de opname of soms zelfs langer verloor. In de loop van de vorige eeuw ontstond echter ook een meer 'positieve' of 'inclusieve' verbinding tussen psychiatrie en democratisch burgerschap.

Ten eerste kwam er in de jaren zeventig onder invloed van de kritische psychiatrie en de patiëntenbeweging aandacht voor en erkenning van de rechten van de psychiatrische patiënt en werd deze meer en meer als mondig burger gezien. De vernieuwing van de krankzinnigenwetgeving, waardoor het bestwilcriterium aan betekenis verloor, en de patiëntenwetgeving die in de jaren negentig tot stand kwam, getuigen hiervan. Het accent verschoof van de beslissingsbevoegdheid van artsen en juristen om geesteszieken zonder hun uitdrukkelijke instemming, om hun bestwil of ter bescherming van de maatschappij, op te nemen en te behandelen naar de individuele autonomie en zelfbepaling van patiënten alsmede hun recht op goede zorg of juist hun recht om behandeling te weigeren. Ook de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg kunnen in dit licht worden bezien. De scheiding

tussen woon- en behandelvoorzieningen en het streven naar sociale rehabilitatie van geesteszieken waren deels ingegeven door de veronderstelling dat zij als min of meer volwaardige burgers in de samenleving kunnen en moeten participeren.

Ten tweede valt er vanaf de jaren twintig in de psychiatrie en het bredere gebied van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en (ambulante) geestelijke gezondheidszorg een tendens waar te nemen om geestelijke gezondheid te definiëren in termen die aanhaakten bij de invulling die aan democratisch burgerschap werd gegeven. In hun beschouwingen over geestelijke volksgezondheid lieten psychiaters en andere aanhangers van het psychohygiënische gedachtegoed hun licht schijnen op de positie van het individu in de moderne maatschappij en diens mogelijkheden om zich daarin te ontplooien. Op deze manier waren zij nauw betrokken bij het veel bredere sociaal-politieke streven naar goed burgerschap, niet alleen in termen van deugdzaamheid, gemeenschapszin, sociale aanpassing, productiviteit en verantwoordelijkheid, maar ook van individuele autonomie, zelfbepaling, zelfbewustzijn, mondigheid en emancipatie.[4040]

In dit boek hebben wij meermaals gewezen op het verband tussen het psychiatrische en psychohygiënische denken over geestelijke (on)gezondheid en veranderende burgerschapsidealen in Nederland. Het achterliggende idee daarbij is dat burgerschap in de loop van de vorige eeuw in Nederland een brede betekenis kreeg, niet louter formeel in termen van politieke rechten en plichten, maar ook substantieel in de zin van de realisering van de nodige materiële, sociale, psychologische en morele voorwaarden om daadwerkelijke uitoefening van die rechten en plichten mogelijk te maken. Noties als billijkheid, sociale rechtvaardigheid, maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef, tolerantie, emancipatie en persoonlijke ontplooiing werden onderdeel van goed burgerschap. Op basis van verschillende idealen van individuele zelfontplooiing - zelfontplooiing door middel van onvoorwaardelijke sociale aanpassing, geleide zelfontplooiing, spontane zelfontplooiing en autonome zelfontplooiing - hebben wij verschillende fasen onderscheiden met betrekking tot het verband tussen de invulling die aan geestelijke volksgezondheid werd gegeven en burgerschapsidealen.

Tot ver in de negentiende eeuw waren het nog grotendeels uiterlijke kenmerken waaraan staatsburgers als kiesgerechtigden moesten voldoen - bezit, economische onafhankelijkheid, het behoren tot het mannelijk geslacht en het betalen van belasting. In de twintigste eeuw, toen het algemeen kiesrecht werd ingevoerd en de sociale interventiestaat de tegenstelling tussen formele politieke rechten en de sociaaleconomische ongelijkheid verzachtte en de uiterlijke criteria aan belang inboetten, ging het daarentegen steeds meer om de juiste mentaliteit en attitude. In de traditionele standenmaatschappij, waarin het volk door middel van hiërarchische verhoudingen en dwang van buitenaf op zijn plaats werd gehouden, was de innerlijke gezindheid van de individuele onderdanen van ondergeschikt belang. De deels politiek gemotiveerde aandacht voor het innerlijk van mensen won aan betekenis naarmate de democratisering voortschreed. Juist in een egalitaire en democratische maatschappij, waarin onderschikking, dwang en geweld steeds meer naar de achtergrond verdwenen om plaats te maken voor vrijwillige instemming met en actieve deelname aan het sociaal-politieke bestel, werden de mentaliteit, motivatie en geestelijke vermogens van burgers belangrijker. Een democratische orde en *civil society* konden immers alleen bestaan en in

[4040] Oosterhuis 2007a en Oosterhuis 2007b.

stand blijven als individuen hun vrijheden en rechten op een verantwoorde en beheerste manier gebruikten. Daarbij kwam het aan op internalisering van democratische waarden en persoonlijkheidsvorming.

Het streven naar individuele autonomie en zelfbepaling ging, ironisch genoeg, vergezeld van steeds meer aansporingen tot gedragsregulering en het afleggen van verantwoording met betrekking tot het eigen gedrag en de drijfveren daarachter.[4041] Dit inzicht staat centraal in het invloedrijke werk van M. Foucault. Terwijl Foucault het streven naar zelfkennis en zelfbeheersing opvat als de kern van een onstuitbare en alomvattende disciplinering, zouden wij het, in aansluiting op het werk van N. Elias en zijn adepten, ook met sociale egalisering en democratisering in verband willen brengen, ontwikkelingen die in de vaak nagevolgde benadering van Foucault onvoldoende recht worden gedaan. Vanuit de optiek van de elites vereiste de politieke en sociale democratisering een 'inwendige zending' ten einde de massa op te voeden tot een verantwoordelijke uitoefening van rechten en het nakomen van verplichtingen. Zelfbeheersing en plichtsbewustzijn moesten een ordelijk publiek leven in vrijheid, zonder dwang van bovenaf, en loyaliteit aan het democratisch bestel garanderen. Het gepsychologiseerde mensbeeld, dat grote invloed toekende aan moeilijk beheersbare driften en gevoelens, versterkte het idee dat de nodige inspanningen geboden waren - bijvoorbeeld in het onderwijs, de jeugdbeweging, het maatschappelijk werk en de (geestelijke) gezondheidszorg - om individuen zodanig te vormen dat zij zich met de vereiste burgerdeugden zouden vereenzelvigen en ernaar zouden handelen. Het waren bij uitstek de hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg die hun cliënten aanzetten tot zelfreflectie en het praten over hun innerlijke drijfveren, maar op een meer diffuus en abstract niveau hadden alle burgers er tot op zekere hoogte belang bij om te weten wat er omging in anderen. De toenemende afhankelijkheid van de welwillendheid van medeburgers en het belang van een gedeeld democratisch waardenpatroon maakten het noodzakelijk dat mensen bereid waren hun innerlijk tot op zekere hoogte voor elkaar open te stellen.

Tegen deze achtergrond vormden de modernisering van de Nederlandse samenleving en veranderende opvattingen over democratisch burgerschap de steeds terugkerende referentiekaders in het streven naar geestelijke volksgezondheid. Daarin stond de verhouding tussen individu en samenleving centraal en streden cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme telkens weer om voorrang. Vanuit dit perspectief vonden de belangrijkste kenteringen rond 1950 en rond 1990 plaats. Na de Tweede Wereldoorlog werd de defensieve en afwerende reactie op de modernisering en de nadruk op het behoud van zedelijkheid ingewisseld voor een accommoderende houding en verschoof het accent in het denken over burgerschap van onvoorwaardelijke aanpassing aan gegeven collectieve normen en waarden ('karakter') naar individuele zelfontplooiing ('persoonlijkheid'). De persoonlijke belevingswereld van mensen en hun innerlijke gezindheid kwamen centraal te staan. Met het ideaal van geleide zelfontplooiing sloot de geestelijke gezondheidszorg in de jaren 1950-1965 aan bij de sociaaleconomische modernisering: individuen moesten hun persoonlijkheid vormen, zelfstandigheid en flexibiliteit ontwikkelen, openstaan voor vernieuwing en op verantwoorde wijze hun zelfverwerkelijking realiseren. De spontane zelfontplooiing die

[4041] Zie Foucault 1975; Foucault 1976; Elias 1969 (1939) en Wouters 1990; vergelijk Gaudet en Swain 1980.

hulpverleners in de jaren zestig en zeventig omarmden, bouwde hierop voort. Het streven naar democratisering, emancipatie, assertiviteit en persoonlijke bevrijding vormde in velerlei opzicht een radicalisering van de geleide zelfontplooiing.

Beide zelfontplooingsidealen brachten een sterk psychologiserende invulling van burgerschap met zich mee. Deze weerspiegelde een tendens in de samenleving als geheel: in het kielzog van de democratiserende sociale verhoudingen raakten de omgangsvormen tussen mensen en de wijze waarop zij zichzelf en elkaar beschouwden in toenemende mate gepsychologiseerd. Openlijk geëtaleerde machtsverschillen, dwang en hiërarchie maakten plaats voor een grotere gelijkwaardigheid en wederzijdse afhankelijkheid van mensen. Naarmate expliciete regels en formele conventies in het sociale verkeer aan belang inboetten en het individuele gedrag minder voorspelbaar werd, kwam het meer aan op inlevingsvermogen, zelfbewustzijn, subtiele gevoels- en gedragsregulering en communicatieve vaardigheden. Met hun nadruk op zelfreflectie en bespreekbaarheid onderstreepten deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg het belang van dergelijke kwaliteiten en formuleerden zij een alternatief voor de achterhaalde ge- en verbodsmoraal. Praten vormde bij uitstek hun remedie om problemen op te lossen. Het psychotherapeutische ethos verving deels het christelijk-burgerlijke zingevingspatroon dat door de snelle secularisering en ontzuiling alsook de bevrijdingsbeweging van de jaren zestig voor een toenemend aantal mensen geen houvast meer bood.

In de laatste twee decennia van de twintigste eeuw vertoonde de geestelijke gezondheidszorg tegenstrijdige tendensen. Enerzijds bouwde deze voort op de democratische verworvenheden van de jaren zestig en zeventig. Hulpverleners benaderden patiënten en cliënten als autonome, mondige en verantwoordelijke burgers, die recht hadden op keuzevrijheid en wier zorgvraag gehonoreerd moest worden. Aan de andere kant werden steeds meer kanttekeningen geplaatst bij het individuele zelfbeschikkingsvermogen en -recht van psychisch gestoorden. Een en ander hing samen met de versterkte externe en interne rechtspositie van psychiatrische patiënten. De BOPZ stelde strikte voorwaarden aan dwangopnamen en als een geesteszieke eenmaal onder dwang was opgenomen, kon deze therapeutische behandeling weigeren; voor dwangbehandeling golden extra criteria. Ook de accentverschuiving in de ambulante geestelijke gezondheidszorg van psychosociale naar psychiatrische problematiek en de problemen die de vermaatschappelijking opriep, leidden tot bedenkingen omtrent de autonomie en vrijheid van geesteszieken. Juist de afstand die de ambulante sector tussen de jaren dertig en tachtig bewaarde tot de intramurale psychiatrie en haar patiënten had de nodige ruimte geboden om een 'positieve' psychohygiënische invulling aan democratisch burgerschap te geven. Naarmate de ambulante sector in ons land vanaf het midden van de jaren tachtig nauwer verweven raakte met de ziekenhuispsychiatrie werd deze ruimte kleiner. De zorg voor ernstige en chronische geesteszieken, intra- dan wel extramuraal, maakte het moeilijk om 'positieve' burgerschapsidealen uit te dragen. Was volwaardig burgerschap in de zin van actieve participatie aan de maatschappij voor hen eigenlijk wel een reële optie? De tegenstelling tussen het negatieve of exclusieve en het positieve of inclusieve verband tussen geestelijke gezondheidszorg en burgerschap had aan het eind van de twintigste eeuw haar geldigheid niet verloren. De hernieuwde aandacht voor de mogelijk schadelijke uitwerking van bepaalde sociale veranderingen op de geestelijke volksgezondheid en de algehele verharding van het maatschappelijke en politieke klimaat speelden hierbij evenzeer een rol.

Buitenlandse beïnvloeding en internationale vergelijking
Terwijl in landen als Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland vanaf het midden van de negentiende eeuw nieuwe en grote krankzinnigengestichten op het platteland tot stand kwamen, bleven in Nederland tot het eind van de eeuw overwegend kleine stedelijke gestichten in gebruik. Sommige waren eeuwenoud en getuigden van de vroege en sterke urbanisatie in met name de westelijke provincies. Door de stagnerende economie, de geringe daadkracht van de overheid op dit terrein en het gebrek aan maatschappelijke initiatieven werden er behalve Meerenberg nagenoeg geen nieuwe gestichten gebouwd, waardoor de morele therapie maar in beperkte mate toepassing kon vinden. In de jaren 1884-1914, die wij hebben aangeduid als de periode van het grote bouwen, vond een inhaalslag plaats. Verzuilde particuliere initiatieven hadden hierin een groot aandeel, maar minstens zo belangrijk waren de activiteiten die met name gemeentelijke overheden ontplooiden. Evenals in België en Duitsland, die ook veel particuliere, confessionele initiatieven op het gebied van de krankzinnigenzorg kenden, en in tegenstelling tot Groot-Brittannië en Frankrijk, waar de overheid een actievere rol speelde, kreeg het Nederlandse krankzinnigenwezen een gemengd publiek-particulier karakter. De meeste nieuwe inrichtingen in Nederland, vaak gebouwd volgens het paviljoensysteem, waren in vergelijking met die in het buitenland kleinschalig. Er waren maar twee instellingen die meer dan 800 à 900 bedden telden. De verzuiling droeg er sterk toe bij dat veel confessionele inrichtingen hun patiënten niet alleen uit de nabije regio, maar ook uit andere delen van het land betrokken.

De tamelijk late modernisering van de gestichten nam niet weg dat Nederland tezamen met Frankrijk en Engeland vroeg was met de invoering van wetgeving voor en de instelling van overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg. Met de publieke financiering van de krankzinnigenzorg op basis van de Armenwet (1854) bevond Nederland zich in elk geval in het gezelschap van Engeland; het ontbreekt ons aan voldoende informatie over de financiering in andere landen. Hoewel de Franse krankzinnigenwet van 1838 met de mogelijkheid van zowel vrijwillige opname op louter medische indicatie als gedwongen opname mét rechterlijke machtiging, navolging vond in België, en ook andere landen een vergelijkbaar ‘gemengd’ systeem hanteerden, volgde Nederland een andere weg. Nederland was vermoedelijk uitzonderlijk met de wettelijke bepaling dat in alle gevallen een rechterlijke machtiging voor opname in een gesticht noodzakelijk was, ook indien de patiënt in kwestie zelf om opname verzocht of daarmee instemde. Opname op grond van louter een geneeskundige verklaring, zoals dat elders wél mogelijk was, kon in Nederland niet. Weliswaar was in ons land een medische beoordeling vereist, maar de eindverantwoordelijkheid lag tot 1916 uitsluitend bij de rechter, en daarbij stond de bescherming van burgerrechten voorop. Vanaf dat jaar konden gestichten een aangewezen afdeling oprichten waar patiënten zonder rechterlijke machtiging, op ‘vrijwillige’ basis werden opgenomen. Na een wijziging van de Armenwet in 1929 waren gemeenten verplicht ook de verpleegkosten van armlastige patiënten in aangewezen afdelingen te vergoeden. Het aantal dwangopnamen liep in de naoorlogse periode geleidelijk terug tot zo’n 15 procent. Dat was, internationaal gezien, niet uitzonderlijk. In de eerste helft van de jaren tachtig bleken onder andere Engeland, Frankrijk en Italië met percentages tussen 12 en 15 ongeveer of geheel gelijk uit te komen. Sommige andere landen kenden evenwel aanzienlijk hogere of juist lagere

percentage dwangopnamen. In de Bondsrepubliek Duitsland was er bovendien een grote variatie tussen de deelstaten, van zo'n 5 tot maar liefst 40 procent.[4042] Nader onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre de gehanteerde criteria onderling overeenkomen, en wat de verklaring zou kunnen zijn voor de uiteenlopende percentages. Overigens vertoont het aantal psychiatrische dwangopnamen in Nederland sinds het eind van de twintigste eeuw een steeds sterker wordende tendens omhoog.[4043]

Ondanks de juridische waarborgen waarmee de krankzinnigenzorg in de burgerlijke rechtstaat was omgeven, moesten deze en de daarmee verbonden medisch-humanitaire motieven het in de loop van de negentiende en twintigste eeuw, mede als gevolg van schaalvergroting, bureaucratisering en groeiende overheidsinterventie in de samenleving, in verschillende Westerse landen nogal eens afleggen tegen de benadering van geestesstoornissen als maatschappelijk ordeprobleem, volksgezondheidsvraagstuk of financieel-economische kwestie. Daarin wogen collectieve en staatsbelangen niet zelden zwaarder dan het welzijn van de individuele patiënt en werden de grenzen van de toelaatbaar geachte dwang allengs opgerekt. Dergelijke tendensen deden zich in meer of mindere mate in veel landen voor, maar ze gingen het verst in Duitsland, waar de eugenetica vanaf de eeuwwisseling steeds meer aanhang kreeg onder psychiaters en velen van hen onder het naziregime meewerkten aan gedwongen sterilisatie en 'euthanasie' van zwakzinnigen en geesteszieken. In de Sovjetunie wist de overheid de psychiatrie in te schakelen om politieke dissidenten in diskrediet te brengen, op te sluiten en monddood te maken. Ook in sommige democratieën stonden bepaalde praktijken in de psychiatrie op gespannen voet met fundamentele burgerrechten. Zo werden in verschillende Amerikaanse staten, Zwitserse kantons en Scandinavische landen mensen met geestelijke beperkingen of stoornissen zonder hun instemming of die van hun verwanten onderworpen aan eugenetische maatregelen, variërend van sterilisatie tot sociale isolatie.[4044] In Nederland werd wel over dergelijke maatregelen gediscussieerd, maar van daadwerkelijke uitvoering is het nooit gekomen.

In de Nederlandse intramurale psychiatrie vormde dwangtoepassing een regelmatig terugkerend punt van aandacht – zowel van de kant van de Inspectie alsook in de leerboeken voor de psychiatrische verpleging en, vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw, ook van de kant van de patiëntenbeweging, de kritische psychiatrie, de politiek en de media. Wat in de loop der tijd onder dwang werd verstaan en in hoeverre Nederland zich in de feitelijke toepassing van dwang onderscheidde van andere landen verdient nader onderzoek. Tot dusverre is met name gebleken dat Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen gedurende de afgelopen decennia meer dan andere landen patiënten separeerden, en minder gebruik maakten van fixatie of dwangmedicatie, waaronder toediening van kalmerende middelen. Deze ontwikkeling staat niet op zichzelf. Hoewel de in 1884 ingevoerde en in de jaren dertig hernieuwde dwangmiddelenregistratie zowel de toepassing van lijfsdwang (mechanische dwangmiddelen) als de afzondering van patiënten omvatte, bleek van de registratie vooral een dempende werking uit te gaan op het gebruik van mechanische dwangmiddelen. Ook

---

[4042] Breemer ter Steege en Gittelman 1987, 12-13.
[4043] Redactie *NRC Handelsblad* 4-9-2007, 3.
[4044] Nye 1984; Müller-Hill 1985; Stover en Nightingale 1985; Schmuhl 1987; Proctor 1988; Weindling 1989; Burleigh 1994; Broberg Roll-Hansen 1996; Dowbiggin 1997; Porter 1999; Schmiedebach en Priebe 2004; Eghigian 2005.

in de leerboeken voor de psychiatrische verpleging gold afzondering als een boven lijfsdwang te prefereren maatregel. Deze tendens zette zich in de tweede helft van de twintigste eeuw voort. De toenemende neiging om patiënten te separeren zou, naar de Inspectie eind jaren tachtig opperde, samenhangen met de toegenomen regelgeving en wettelijke beperkingen ten aanzien van dwangbehandeling. Nederland onderscheidde zich vanaf de jaren zeventig bovendien door de grote invloed van de patiëntenbeweging en de grote reikwijdte van de wettelijk vastgelegde rechten en medezeggenschap van psychiatrische patiënten

Wat de theoretische oriëntatie en therapeutische behandelingen betreft getuigden de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg van een grote mate van eclecticisme, pragmatisme en openheid voor invloeden vanuit het buitenland. Terwijl met name in de universitaire psychiatrie verschillende theoretische hoofdstromen waren te onderscheiden - achtereenvolgens een neurologische, een fenomenologisch-antropologische, een psychoanalytische en een biologische oriëntatie - vonden in de klinische praktijk somatische, psychotherapeutische, sociale en pedagogische behandelmethoden naast elkaar toepassing. In de gestichts- en inrichtingspsychiatrie werd arbeid door patiënten behalve vanuit economische motieven voortdurend met therapeutische oogmerken ingezet, aanvankelijk als onderdeel van de zedenkundige behandeling en later onder de noemers van actievere en bezigheidstherapie of sociale rehabilitatie. Ook de toediening van medicijnen vertoont een grote mate van continuïteit en hetzelfde geldt vanaf het interbellum voor de sociaalpsychiatrische benadering, gericht op sociale ondersteuning, activering en integratie. De aan het eind van de negentiende eeuw ingevoerde bed- en badbehandelingen verdwenen na de jaren dertig naar de achtergrond. Ook de toepassingen van enkele somatische therapieën, die in het interbellum werden geïntroduceerd en beperkt bleven tot kleine groepen patiënten, waren met uitzondering van de elektroshockbehandeling, van tijdelijke aard. Na het verdwijnen van de malariakuur uit het therapeutisch repertoire van de psychiatrie vielen de insuline- en cardiazolshockkuren alsook de lobotomie in de loop van de jaren vijftig en zestig hetzelfde lot ten deel. Hun plaats werd ingenomen door penicilline ter genezing van syfilis en daardoor voorkoming van dementia paralytica en de psychofarmaca ter bestrijding en demping van psychotische en andere symptomen. De elektroshock verloor in de jaren zeventig aan betekenis en werd rond 1980 nauwelijks meer in Nederland toegepast, om vanaf de tweede helft van de jaren tachtig een in omvang bescheiden terugkeer te beleven.

Psychotherapie werd voor de Tweede Wereldoorlog weinig aangewend in de Nederlandse gestichten en inrichtingen. Vooral als gevolg van de introductie in de jaren vijftig van nieuwe psychofarmaca konden diverse psycho- en sociotherapieën alsook creatieve, psychomotorische en bewegingstherapieën op grotere schaal ingang vinden. De hoge vlucht van de socio- en psychotherapeutische behandelmethoden in de jaren 1965-1985, in het bijzonder van de therapeutische gemeenschap, betekende niet dat andere behandelvormen in onbruik raakten. Ondanks de kritiek op het medische model kregen patiënten evengoed (stilzwijgend) psychofarmaca toegediend. Omgekeerd ging de opmars van de biopsychiatrie en een nieuwe generatie psychofarmaca in de jaren tachtig en negentig niet ten koste van psychotherapeutische en sociaalpsychiatrische behandelmethoden. De laatste wonnen zelfs aan betekenis in de grotendeels geïntegreerde intra- en extramurale zorg voor geesteszieken als middel om met name

chronische patiënten zo goed mogelijk te leren leven met hun kwaal en hun sociale rehabilitatie en integratie te bevorderen.

Vanaf het midden van de negentiende eeuw tot de Tweede Wereldoorlog drukten Duitse en Oostenrijkse voorbeelden hun stempel op de Nederlandse psychiatrie: de natuurwetenschappelijke oriëntatie van de universitaire psychiatrie en haar nauwe band met de neurologie, de bed- en badbehandeling, de psychoanalyse, de fenomenologisch-antropologische benadering, de actievere therapie, de diverse tijdens het interbellum geïntroduceerde somatische therapieën, de voor- en nazorg, het sociaalpsychiatrische gedachtegoed en de consultatiebureaus voor alcoholisme vonden hun oorsprong in Centraal Europa. Het is opmerkelijk dat juist de Duitse en Oostenrijkse voorbeelden die in Nederland een grote en langdurige invloed op de psychiatrie hadden - de psychoanalyse, de fenomenologie, de actievere therapie en de sociaalpsychiatrische voor- en nazorg - in de landen van herkomst van geringere betekenis waren of mede als gevolg van politieke ontwikkelingen werden verdrongen door de biomedische psychiatrie en de eugenetica. De belangrijke en langdurige rol van de actievere therapie in de Nederlandse inrichtingen vanaf de jaren twintig tot in de jaren zestig is opmerkelijk. Wellicht houdt deze verband met de relatief kleine omvang van de inrichtingen in ons land en een meer algemene Nederlandse voorkeur voor moreel- en sociaal-opvoedkundige benaderingen, die even sterk is terug te vinden in de ambulante sector als in de intramurale psychiatrische verpleging. De laatste ontwikkelde zich net als in Engeland, Ierland en Zwitserland onafhankelijk van de algemene verpleegkunde. In andere landen bestond geen equivalent van de B-opleiding. Een opmerkelijk gevolg van het bestaan van een aparte psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep in ons land was het grote aandeel van mannen daarin, zowel getalsmatig als wat betreft hun invloed op de inhoud van het vak, die met name tot uitdrukking kwam in de sociaalpedagogische invalshoek. Wat de verpleegpraktijk in katholieke instellingen betreft deed zich een sterke invloed gelden vanuit twee van oorsprong Belgische kloosterorden: de Broeders van Liefde en de Broeders van Onze Lieve Vrouwe van Lourdes.

Verder onderscheidde de Nederlandse psychiatrie zich door de vroege en positieve receptie van de psychoanalyse en de fenomenologie, die in het bijzonder in de universitaire psychiatrie en in de beweging voor geestelijke volksgezondheid decennialang veel aanhang hadden. Vooral in confessionele kringen werd de fenomenologie omarmd als aanvulling en deels ook alternatief voor de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde. De aanzienlijke confessionele invloed is van doorslaggevende betekenis geweest voor de grote terughoudendheid ten aanzien van de eugenetica, zeker in vergelijking met Duitsland, de Verenigde Staten, Scandinavië en Zwitserland. Daarnaast vond een somatische behandeling als de lobotomie in Nederland aanzienlijk minder toepassing dan in Engeland en de Verenigde Staten. De elektroshocktherapie werd in Nederland in de jaren zeventig min of meer taboe als gevolg van de protesten van de kritische beweging, terwijl deze in de Angelsaksische en Scandinavische landen in gebruik bleef. Verder wordt ook nogal eens beweerd dat Nederlandse psychiaters in vergelijking met die in andere landen terughoudend waren met het voorschrijven van psychofarmaca, althans tot halverwege de jaren tachtig. Of dat waar is, hebben wij niet kunnen vaststellen. Wel lijkt het erop dat de verwachtingen ten aanzien van de resultaten van medicamenteuze behandeling in Nederland nooit zo hooggespannen waren als in bijvoorbeeld de Verenigde Staten en

Groot-Brittannië, waar de psychofarmaca golden als hét middel om vergaande deïnstitutionalisering mogelijk te maken. Pleitbezorgers voor de biologische psychiatrie konden in ons land binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg op weerstand rekenen, zoals de hoogleraren H.M. van Praag en R.S. Kahn hebben ervaren.

Op het gebied van de gerechtelijke psychiatrie lieten Nederlandse artsen zich inspireren door de Italiaanse en Franse criminele antropologie, terwijl het Franse personalisme en de midden-Europese fenomenologie in de twee decennia na de Tweede Wereldoorlog, toen de Utrechtse School de toon aangaf op dit terrein, van grote betekenis waren voor de forensische psychiatrie. De eerste vormen van psychotherapie met behulp van hypnose en suggestieve beïnvloeding alsook de degeneratietheorie waren eveneens uit Frankrijk afkomstig. Amerikaanse en Britse invloeden deden zich vanaf het eind van de jaren twintig gelden op het terrein van de psychohygiëne en meer in het bijzonder met het uit de Verenigde Staten geïmporteerde MOB met zijn multidisciplinaire en met name psychosociale werkwijze. Het was ook vooral het Amerikaanse voorbeeld dat Nederlandse psychohygiënsten als Lekkerkerker stimuleerde om zich te distantiëren van de inrichtingspsychiatrie en de ambulante sector tot een onafhankelijk werkveld met psychosociale behandelmethoden te ontwikkelen.

Na de Tweede Wereldoorlog kwamen vernieuwingen vooral uit de Angelsaksische wereld, met name uit de Verenigde Staten: het *social casework*, de Rogeriaanse *counseling*methode en andere 'humanistische' vormen van psychotherapie, de behavioristische gedragstherapie en de therapeutische gemeenschap. Er was evenwel geen sprake van een totale omslag van continentaal-Europese naar Angelsaksische oriëntaties. Bepaalde Amerikaanse innovaties, zoals *counseling* en de op de humanistische psychologie gebaseerde psychotherapie waren in feite grotendeels ontleend aan ouder Europees gedachtegoed, met name dat van de psychoanalyse, de fenomenologie en het existentialistisme. Getransformeerd door het Amerikaanse pragmatisme en maakbaarheidsoptimisme vonden deze in vereenvoudigde, gepopulariseerde en praktisch toepasbare vorm opnieuw ingang in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd waren geesteswetenschappelijk georiënteerde Nederlandse psychiaters tot in de jaren zestig afkerig van het Amerikaanse pragmatisme en de vermeende oppervlakkigheid daarvan. Sciëntistische stromingen als het behaviorisme en kwantitatieve benaderingen kregen in de Nederlandse psychiatrie, mede als gevolg van de confessionele invloed, maar beperkte aanhang, omdat daarin geen plaats was voor betekenis- en zingeving. Met name de academische psychiatrie kenmerkte zich tot in de jaren zestig door een sterk beschouwende en filosofische inslag, hoewel neurologisch onderzoek zeker niet afwezig was, getuige een aanzienlijk aantal promoties op dit terrein. Bepaalde van oorsprong Duitse invloeden bleven doorwerken in de gedaante van het fenomenologisch-personalistische gedachtegoed en de tot in de jaren zestig in de inrichtingen toegepaste actievere therapie.

De eerste, onderling verschillende, vormen van sociotherapie in de jaren vijftig kwamen uit Frankrijk en Engeland. Ook de eerste psychofarmaca kwamen uit Frankrijk. Het antipsychiatrische gedachtegoed werd voornamelijk uit de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië geïmporteerd en de socio- en psychotherapeutische behandelmethoden van de jaren zeventig waren grotendeels uit Amerika afkomstig. Eind jaren zeventig en begin jaren tachtig diende de democratische psychiatrie en de deïnstitutionalisering in Italië voor Nederlandse pleitbezorgers van de ontmanteling van

psychiatrische ziekenhuizen als lichtend voorbeeld. De biologische psychiatrie van de jaren tachtig en negentig was grotendeels geënt op ontwikkelingen in de Verenigde Staten. De zorgvernieuwingen aan het eind van de twintigste eeuw, met name die voor chronische patiënten zoals het invaliditeits- en rehabilitatiemodel, de continue zorgketens, het *casemanagement* en de vermaatschappelijking waren mede gebaseerd op Amerikaanse, Britse en Zweedse ideeën en praktijken.

Op het gebied van de sociaalpsychiatrische verpleging vervulde Nederland, mede vanwege de invoering van een vervolgopleiding in 1937, echter een voorhoederol. Ook nam, zoals gezegd, Nederland met Engeland en enkele andere landen, een bijzondere positie in vanwege het bestaan van een aparte basisopleiding voor de psychiatrische verpleging. Europese regelgeving leidde aan het eind van de twintigste eeuw echter tot de afbouw van de B-opleiding en de vervolgopleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige alsook tot samenvoeging van de basisopleidingen algemene en psychiatrische verpleegkunde. Opmerkelijk was de snelheid waarmee Nederlandse beleidsinstanties, ondanks de bezwaren die in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg en met name onder psychiatrisch verpleegkundigen zelf klonken, een eind maakten aan de bijzondere, en volgens velen waardevolle, positie van de psychiatrische verpleging, terwijl deze in Engeland en Ierland wel min of meer apart bleef bestaan.

Hoewel de Nederlandse psychohygiënische beweging en de ambulante instellingen met uitzondering van de psychotherapeutische instituten min of meer waren gemodelleerd naar Duitse en Amerikaanse voorbeelden, waren deze voorzieningen in Nederland een langer leven beschoren en vonden ze een grotere verspreiding dan in de 'thuislanden'. De eerste vormen van voor- en nazorg waren geënt op Duitse sociaalpsychiatrische voorbeelden en de consultatiebureaus voor alcoholisme, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden waren mede geïnspireerd door de Duitse *Alkoholsprechstunden* en *Eheberatungsstellen*. De Medisch-Opvoedkundige Bureaus waren een kopie van de Amerikaanse *Child Guidance Clinics* en het Amerikaanse *Community Mental Health Center* diende als voorbeeld voor de RIAGG. Ambulante voorzieningen verwierven zich al in de jaren dertig en veertig een vaste plaats in de geestelijke gezondheidszorg.

De grote mate van continuïteit, waardoor de ambulante sector in Nederland zich onderscheidde van die in andere landen, is waarschijnlijk deels te danken aan de invloed van de verzuiling en de sterke aanwezigheid van het particuliere initiatief, die min of meer stabiele organisatiestructuren en nationale coördinatie mogelijk maakten voordat de overheid een grotere rol op dit terrein ging vervullen. Vanaf de jaren zestig garandeerden de verzorgingsstaat en de wettelijk geregelde collectieve financiering een breed toegankelijke, in hoge mate gedifferentieerde en relatief goed functionerende geestelijke gezondheidszorg.[4045] Daarnaast bevorderde de kritische psychiatrie de uitbreiding van de extramurale, psychosociale hulpverlening. Nadat de radicale maatschappijkritische elementen waren bijgeschaafd kon het antipsychiatrische gedachtegoed vrijwel moeiteloos in de ambulante sector worden geïntegreerd, temeer omdat deze zich al veel langer had gedistantieerd van de klinische psychiatrie. Vergeleken met andere Westerse landen ontwikkelde zich in Nederland in de loop van de twintigste eeuw een uitgebreid

[4045] Schnabel 1981b; Mangen 1985b, 10; Hamers 1987, 164; Hutschemaekers en Ten Have 1995; Schnabel 1998c, 34-39; Ingleby 1998, 301-303.

netwerk van voorzieningen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, waarvan mensen vanaf omstreeks 1970 in groten getale en frequent gebruik maakten.[4046] Hoewel de crisis van de verzorgingsstaat in de jaren tachtig leidde tot bezuinigingen op de welzijnssector zette de groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door. In vergelijking met haar Amerikaanse equivalent, het *Community Health Center*, was de RIAGG als succesvol te kwalificeren, ondanks de veelvuldige kritiek op deze instelling.

Extramuralisering en deïnstitutionalisering waren, althans vóór de jaren tachtig, in Nederland minder sterk met elkaar verbonden dan in andere landen. Er was al een uitgebreid en gevarieerd netwerk van ambulante voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg tot stand gekomen voordat werd overgegaan tot een gerichte afbouw van intramurale capaciteit, die in Nederland net als in Duitsland en Frankrijk in meer gematigde en geleidelijke vorm werd doorgevoerd dan in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië. Nederland onderscheidde zich internationaal door de grote reikwijdte van wat tot het domein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd gerekend: niet alleen sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten, maar al vanaf de jaren dertig en veertig ook een breed scala aan psychosociale hulpverlening voor uiteenlopende problemen. Vooral voor zover het om psychotherapie ging, werd dit werkterrein in andere landen voornamelijk bezet door de particuliere sector van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die overwegend beter gesitueerde cliënten bedienden. Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig nam ook in Nederland het aandeel van de particuliere praktijken in het psychotherapeutische behandelaanbod toe, deels als gevolg van de accentverschuiving in de RIAGG'en naar de sociaalpsychiatrische zorg voor geesteszieken. In andere Europese landen waren publieke instellingen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voornamelijk gericht op psychiatrische patiënten en was er een nauwere band met het domein van de (poli)klinische psychiatrie.

In veel landen hadden psychiaters en andere hulpverleners die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, affiniteit met het streven naar sociale hervorming, maar vrijwel nergens, zo vermoeden wij, speelden sommigen van hen zo'n vooraanstaande rol in de formulering van burgerschapsidealen en de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland vanaf 1950 tot de jaren tachtig. Uitzonderlijk waren de ontwikkelingen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot zelfontplooiing en burgerschap niet. Ook bijvoorbeeld in Groot-Brittannië leverde de psychohygiënische beweging vanaf de jaren twintig een belangrijke bijdrage aan de psychologische articulatie van een zelfontplooiingsideaal dat de basis moest vormen voor democratisch burgerschap. In de Verenigde Staten vertoonden psychiaters en psychohygiënisten in het midden van de twintigste eeuw een sterke neiging om de gehele Amerikaanse maatschappij in psychologische en psychoanalytische termen te analyseren. Zij legden een verband tussen de kwalen van de moderne samenleving en de geestelijke misère van individuen en probeerden aan de hand van hun theorieën over persoonlijkheidsontwikkeling de weg te wijzen naar de vorming van geestelijk gezonde en zelfbewuste democratische burgers. In Duitsland was het vooral ten tijde van het streven naar fundamentele hervormingen in de psychiatrie gedurende de

[4046] Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992; Van Strien 1993; Bijl, Van Zessen en Ravelli 1997; Ten Have en Bijl 1998; Ingleby 1998.

jaren zestig en zeventig, dat de geestelijke gezondheidszorg een sterk politieke dimensie kreeg. Deze bestond uit een kritische reflectie op de medeplichtigheid van de psychiatrie aan de verschrikkingen van het nationaal-socialisme tezamen met de ontwikkeling van een democratische en emancipatorische visie op de zorg voor psychisch gestoorden. Daarin stonden burgerschapsnoties als politiek bewustzijn, vrijheid van denken, persoonlijke bevrijding, sociale rechtvaardigheid en solidariteit met hulpbehoevenden centraal.[4047]

Dergelijke burgerschapsidealen hadden ongetwijfeld een hoog retorisch gehalte. Het is moeilijk na te gaan in hoeverre ze de maatschappelijke praktijk beïnvloedden of deze weerspiegelden. Maar juist wat betreft de daadwerkelijke doorwerking van het psychiatrische en psychohygiënische perspectief op zelfontplooiing en burgerschap in de samenleving nam ons land, met een relatief grote dichtheid en levensbeschouwelijke variatie aan ambulante voorzieningen, internationaal gezien wellicht een bijzondere positie in. De ambulante geestelijke gezondheidszorg was geworteld in de Nederlandse samenleving en daardoor konden psychohygiënische burgerschapsidealen - weliswaar in verwaterde vorm - in de hulpverleningspraktijken worden uitgedragen. Vooral vanaf de jaren vijftig moedigden ambulante hulpverleners hun cliënten duidelijk aan tot zelfreflectie, individuele verantwoordelijkheid, persoonlijke ontwikkeling en zelfbeschikking en vanaf de jaren zestig gebeurde hetzelfde in intramurale therapeutische gemeenschappen.[4048] Tevens is het vanuit internationaal perspectief opvallend dat het persoonlijke leven van en de sociale verhoudingen tussen Nederlanders vanaf de jaren zestig in hoge mate gepsychologiseerd raakten. Een en ander hangt samen met de al gesignaleerde sterke positie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en psychotherapie in het bijzonder (deels ook in psychiatrische ziekenhuizen) alsook met bepaalde kenmerken van de Nederlandse maatschappij.

Vooral vanaf de jaren zestig raakte de geestelijke gezondheidszorg ingeburgerd en verbreidde de psychologisering zich in de maatschappij. De culturele omwenteling vanaf het eind van de jaren zestig was in Nederland, daarvóór in sociaal-cultureel opzicht een behoudend, christelijk, gezagsgetrouw en burgerlijk land, ingrijpender dan in andere landen, omdat ze samenviel met een snelle secularisering en ontzuiling. Het vaste en vertrouwde morele oriëntatiekader kwam ter discussie te staan en verloor voor velen zijn relevantie. De psychologiserende zelfbeschouwing en het psychotherapeutische ethos vulden een deel van de leemte op die op het terrein van zingeving was ontstaan.[4049] Opvallend is de bijdrage van enkele toonaangevende psychiaters aan de morele heroriëntatie die tussen 1965 en 1975 optrad. Wat betreft de sterke invloed van de psychiatrische invalshoek in de discussie over de herinnering aan de jodenvervolging, nam Nederland internationaal een bijzondere positie in[4050] en hetzelfde geldt voor moreel beladen kwesties als seksualiteit, abortus, drugs, euthanasie en misdaad. Zo droeg de Utrechtse School bij tot een in vergelijking met andere landen opvallend tolerant strafrechtsregime. Het aantal gevangenen was relatief gezien laag en de nadruk lag niet zozeer op maatschappelijke beveiliging door middel van opsluiting, maar op begeleiding

[4047] Thomson 1998; Thomson 2000; Toms 2002; Pols 1997; Pols 1997; Pols 2003; Kersting 2003; Kersting 2005; Herman 1995.
[4048] Zie bijvoorbeeld Van Lieshout en De Ridder 1991a; Oosterhuis 1992; Blok 2004.
[4049] Ten Have 1978; Oosterhuis 1992; Blok 2004.
[4050] De Haan 1997a.

ter vermijding van sociale uitsluiting. In Nederland was vanaf de jaren vijftig tot tachtig meer aandacht dan in andere landen voor de psychologische achtergrond van (deels) ontoerekeningsvatbare wetsovertreders en werd er meer werk gemaakt van therapeutische behandeling van deze groep.[4051] Meer in het algemeen was het optreden van de overheid tegen ordeverstoring, criminaliteit, vandalisme en non-conformisme sinds de jaren zestig tot de jaren negentig minder hard dan in andere landen.[4052] Verder speelde Nederland een voorhoederol op het gebied van homoseksuele emancipatie, het toestaan van abortus en euthanasie en het tolereren van (soft-)drugsgebruik. Bij de totstandkoming van het typisch Nederlandse gedoogbeleid speelden artsen, psychiaters en andere hulpverleners een grote rol in het uitdokteren van praktische oplossingen, die tegelijkertijd blijk gaven van pragmatisme en verantwoordelijkheidsbesef. De sterke neiging tot psychologisering houdt wellicht verband met de specifieke wijze waarop in de Nederlandse consensuscultuur sociale en ethische vraagstukken worden aangepakt. Ten einde moeilijke principiële keuzes en mogelijke sociale conflicten uit de weg te gaan of te neutraliseren, wordt vaak een beroep gedaan op de veronderstelde objectieve expertise van deskundigen.[4053]

Er is reeds gewezen op verschillende factoren die een ruim psychosociaal hulpaanbod hebben bevorderd: de particuliere zelfwerkzaamheid; de in Nederland sterk aanwezige pedagogisch-charitatieve traditie, waarin hulpverlening, therapeutische behandeling en maatschappelijke integratie de voorkeur hadden boven externe dwang, straf en sociale uitsluiting; de verzuiling en daarmee nauw verbonden de sterke positie van het maatschappelijke middenveld en de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg voor confessionele bevolkingsgroepen; de verzorgingsstaat, die vanaf de jaren zestig een ruime collectieve financiering garandeerde; en de welzijnsideologie van de jaren zeventig, waarin psychisch en sociaal welbevinden de maatstaf werd voor een menswaardig bestaan. Er zijn aanwijzingen dat het ethos van de beweging voor de geestelijke volksgezondheid en de ambulante geestelijke gezondheidszorg aansloten bij bepaalde behoeften en voorkeuren van een groot deel van de Nederlandse bevolking. Uit internationaal vergelijkend onderzoek naar waardenoriëntaties komt naar voren dat Nederlanders zich samen met Scandinaviërs sinds de jaren zestig onderscheiden door een zogenaamde postmaterialistische attitude, dat wil zeggen door een hoge waardering voor immaterieel welzijn, individuele vrijheid en ontplooiing. Veel minder dan de bewoners van andere landen hechten zij belang aan orde, gezag, hiërarchie, traditie en godsdienstige waarden en normen. Verder kenmerken Nederlanders en Scandinaviërs zich door een grotere permissiviteit op het gebied van de persoonlijke levenssfeer en een sterke drang om het leven naar eigen inzicht in te richten. Wat betreft de opvattingen over abortus, echtscheiding, (homo)seksualiteit, prostitutie, euthanasie, (soft)drugsgebruik en geloof geven zij blijk van de grootste tolerantie. Nederland, tot in de jaren zestig een van de meest kerkelijke landen in Europa, behoort nu tot de koplopers als het om het aandeel van de bevolking gaat dat zich niet meer aan een kerk gebonden acht.[4054] Ondanks de

---

[4051] Weijers 1995, 67; vergelijk Weijers 1996, 201; Weijers 2001, 204; Weijers en Koenraadt 2007, 60.
[4052] Hendin 1996, 130; Kelk 2007, 84-99.
[4053] Schalken 1997, 593, 595.
[4054] Halman et al. 1987, 40-41, 72, 163, 251; Ester, Halman en De Moor 1993; Inglehart 1997, 93, 151, 214, 277-279, 335, 366-380 (vergelijk Inglehart 1990); Schnabel 1999b, 27; Uitterhoeve 2000, 18, 21, 27, 68; Van Rossem 2004, 49. Het Nederlandse gezinspatroon daarentegen laat nog

hoge waardering van individualisme - in een vergelijking met een twintigtal andere westerse landen komt Nederland op dit punt op de vierde plaats na de Verenigde Staten, Zweden en het Verenigd Koninkrijk - is de Nederlandse cultuur tezamen met de Scandinavische tegelijkertijd als 'feminien' gekarakteriseerd. Dat houdt in dat er sprake is van een sterke oriëntatie op onderlinge zorg en verantwoordelijkheid, op sociale samenhang, solidariteit, hulp aan zwakken en affectieve relaties. Verder ligt de nadruk op egalitaire sociale verhoudingen, onderhandeling en compromisvorming.[4055] De Nederlandse samenleving kenmerkt zich met de Scandinavische landen door een hoog ontwikkelde *civil society*: een sterke organisatiegraad van het maatschappelijk middenveld en participatie van burgers in maatschappelijke organisaties.[4056] Uit enquêtes komt naar voren dat de meerderheid van de Nederlandse bevolking sterk hecht aan de verzorgingsstaat en afkerig staat tegenover de vergroting van de marktwerking en meer onderlinge concurrentie en competitie.[4057]

Het postmaterialistische en 'feminiene' waardenpatroon kan niet los worden gezien van het hoge welvaartsniveau en de egalitaire sociale structuur van Nederland. Tussen 1900 en 2000 verdriedubbelde het aantal inwoners van Nederland van ruim vijf tot bijna zestien miljoen, terwijl het Bruto Nationaal Product steeg van nog geen twee miljard naar meer dan 800 miljard gulden, absoluut 125 keer en relatief bijna vijf keer zo hoog.[4058] Op de lijst met rijkste landen staat Nederland op de negende plaats en op de *Human Development Index*, waarin de levensstandaard, gezondheid en scholing zijn verdisconteerd, komt ons land als vijfde na Noorwegen, Zweden, Australië en Canada. Volgens de *Human Poverty Index* kent Nederland op Zweden en Noorwegen na de minste sociale ongelijkheid en uitsluiting.[4059] In de jaren zestig en zeventig was de groei van de collectieve sector als deel van het Bruto Nationaal Product nergens zo groot als in Nederland.[4060]

De sinds de jaren zestig in Nederland sterk ontwikkelde democratisering van het dagelijkse en openbare leven, waardoor openlijke machtsuitoefening, (groeps)dwang en hiërarchie plaats maakten voor zelfontplooiing, emancipatie en informele omgangsvormen, vereiste een hoge mate aan inlevingsvermogen, individuele zelfbeheersing en subtiele sociale regulering. Liberale opvattingen gingen doorgaans niet gepaard met impulsieve bandeloosheid. Zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek dat Nederlanders het minst geneigd zijn om bij conflicten over te gaan tot vormen van protest als boycots, wilde stakingen, spontane demonstraties en bezettingen.[4061] De gerichtheid op overleg, accommodatie en consensusvorming was

---

traditionele kanten zien. Het aantal gehuwde vrouwen dat beroepsarbeid verricht is in Nederland vrij laag in vergelijking met andere landen en Nederlanders zijn het van alle Europeanen het minste eens met de stelling dat zowel mannen als vrouwen moeten bijdragen aan het gezinsinkomen. Uitterhoeve 2000, 49, 64.

[4055] Hofstede 1998, 16-17; vergelijk Hofstede 1991. Het 'masculiene' cultuurpatroon kenmerkt zich door materialisme, een sterke rolverdeling tussen mannen en vrouwen en een hoge waardering van ambitie, prestatie, assertiviteit, kracht, competitie en hiërarchische verhoudingen.

[4056] Therborn 1995, 307; Inglehart 1997, 190; Halman, Luijkx en Van Zundert 2005.

[4057] Sociaal en Cultureel Planbureau 2004.

[4058] Schnabel 2000, 137.

[4059] Oosterbaan 2005.

[4060] Therborn 1995, 93, 156.

[4061] Halman et al. 1987, 72.

vanouds typerend voor de burgerlijke en pragmatische Nederlandse elites en ook noodzakelijk vanwege de minder ongelijke machts- en afhankelijkheidsverhoudingen in vergelijking met centralistisch en monarchaal bestuurde landen. In de loop van de twintigste eeuw sijpelden deze omgangsvormen door naar de gehele maatschappij.[4062] Met hun nadruk op zelfreflectie en bespreekbaarheid articuleerden autoriteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid dergelijke attitudes en waarden en boden zij een duidelijk alternatief voor de achterhaalde ge- en verbodsmoraal. Vooral in de jaren vijftig, zestig en zeventig vormden ze ook een voorhoede in de sociaal-culturele vernieuwing, waardoor zij krediet opbouwden onder het publiek. Praten was bij uitstek hun remedie om problemen op te lossen, waarmee zij niet alleen aansloten bij de Nederlandse overleg- en consensuscultuur, maar ook steeds meer bij de dagelijkse beroepspraktijk van veel Nederlanders. Al sinds de jaren dertig is het grootste deel van de beroepsbevolking werkzaam in de dienstensector en in 2000 bedroeg het aandeel daarvan in de werkgelegenheid meer dan vijftig procent.[4063] In deze sector kwam communicatie meer en meer centraal te staan. Persoonlijkheidskenmerken als verbale en communicatieve begaafdheid, flexibiliteit en een fijnzinnige emotieregulering zijn belangrijke vereisten voor het maatschappelijk functioneren in het moderne, dichtbevolkte en in hoge mate verstedelijkte Nederland.

Lacunes en problemen in het historisch onderzoek

Aan het einde gekomen van onze rondtocht door de wereld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland in de (lange) twintigste eeuw, gaan wij kort in op nog resterende lacunes in het historisch onderzoek. In het verlengde hiervan staan wij vervolgens wat uitgebreider stil bij de vraag in hoeverre ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in termen van kwaliteit en voor- of achteruitgang vallen te interpreteren.

In de inleiding en ook elders in ons boek signaleerden wij reeds een aantal (relatief) onbetreden paden en terreinen van onderzoek.[4064] Om te beginnen is er nog onvoldoende onderzoek verricht naar en vanuit het perspectief van ‘onderop’: de beleving en ervaringen van lijders, patiënten of cliënten, alsook hun hulpzoekgedrag en therapeutische traject.[4065] Evenmin is veel bekend over de zorg en behandeling buiten de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: in familiekring, door huisartsen, in instellingen van liefdadigheid, in rust- en herstellingsoorden of bijvoorbeeld in het alternatieve circuit. Dat geldt tevens voor de specifieke zorg voor zenuw- of neuroselijders en voor de ontwikkeling en het functioneren van psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Onderbelichte terreinen zijn voorts de geestelijke gezondheidszorg voor en door diverse groepen (niet-westerse) allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg in de Nederlandse koloniën. Ook is nog betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de verschuivende grenzen tussen gezond en ziek dan wel normaal en abnormaal en de manier waarop daaraan uitdrukking werd gegeven, naar het imago en de (kunstzinnige) verbeelding van de psychiatrie in de samenleving. De invloed

---

[4062] Van Vree 1994; Van den Brink 1996, 529; De Rooy 2001, 13, 17; Van Rossem 2004, 39, 44, 54, 57.
[4063] Oosterbaan 2005, 24; vergelijk Knippenberg en De Pater 1990, 128-130; Righart 1995, 37; Therborn 1995, 67, 69; Inglehart 1997, 361; Schuyt 2001, 223.
[4064] Zie ook Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001a; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001b.
[4065] Zie echter Vijselaar, monografie in voorbereiding; Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b.

van gender behoeft eveneens nog meer aandacht. Andere door ons gesignaleerde lacunes betroffen de behandelpraktijken van psychiaters, hun werkzaamheden in de algemene gezondheidszorg en in particuliere praktijken, de introductie en invloed van psychofarmaca, biografieën van psychiaters, alsook internationale vergelijking van Nederland met andere landen. Een andere door ons genoemde lacune, de geschiedenis van het psychiatrisch verpleegkundig beroep, zal binnenkort tot het verleden behoren.[4066]

Aan de eerder vermelde lacunes willen wij, overigens zonder de pretentie van volledigheid, nog enkele toevoegen. De verhouding tussen de psychiatrie dan wel de geestelijke gezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg verdient in tal van opzichten nadere aandacht. We noemden reeds de rol van psychiaters in de algemene gezondheidszorg. Daarnaast dienen ook vragen naar de plaats van het vak psychiatrie in basisopleidingen voor artsen en verpleegkundigen en naar de relatieve financiële en personele positie van de geestelijke en de algemene gezondheidszorg aan de orde te komen. Nader onderzoek is voorts gewenst naar de geschiedenis van het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie, de ontwikkeling van de diagnostiek en benoeming van afwijking en ziekte in het psychiatrisch domein, de relatie tussen theorie en praktijk in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en de cycli van therapeutisch optimisme en pessimisme in de psychiatrische praktijk. Nadere aandacht behoeft in het bijzonder de onderlinge relatie tussen hetgeen onder noemers als arbeidstherapie, actievere therapie en sociotherapie in praktijk werd gebracht. Het einde van de arbeidstherapie verdient eveneens een plaats op de onderzoeksagenda. Dat geldt tevens voor de praktijk van de sociale psychiatrie, de voor- en nazorg, en voor de omgang met familieleden van patiënten of cliënten door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Verder vormen de verschuivende betekenissen en de toepassing van dwang in de psychiatrie - gedwongen opname, diverse vormen van dwangbehandeling, lijfsdwang en afzondering - een nog onvoldoende verkend terrein. Min of meer in het verlengde hiervan komen de toepassing van castratie van zedendelinquenten en ook lobotomie als ingrijpende en onomkeerbare ingrepen in het menselijk lichaam in aanmerking voor nader onderzoek.[4067] Eveneens is diepgaander onderzoek gewenst naar de gang van zaken in de psychiatrische inrichtingen tijdens de Tweede Wereldoorlog. Voorts verdienen thema's als intimiteit, seksualiteit of relatievorming in psychiatrische inrichtingen en ook de reacties op zelfdoding aandacht. Voor al dergelijke thema's - de forensische psychiatrie inbegrepen - geldt het desideratum van internationale vergelijking.[4068] Bovendien is nader onderzoek gewenst naar de politieke besluitvorming met betrekking tot wetgeving en publieke financiering op het gebied van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.[4069] Ook de rol van de Inspectie verdient nog grondiger aandacht.[4070]

Een van de moeilijkst te onderzoeken - en nog te weinig onderzochte - onderwerpen is de kwaliteit van de zorg en alles wat daarmee samenhangt. In hoeverre en

---

[4066] Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding.
[4067] In het kader van Rechtsherstel Homoseksuelen verricht T. van der Meer momenteel onderzoek naar castratiepraktijken.
[4068] Zie Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005.
[4069] Zie De Haan en Kennedy 2005, 430. Zie over de financiering van de geestelijke gezondheidszorg: Bakker en van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en van der Velden 2005; Bakker en Van der Velden monografie in voorbereiding.
[4070] Het proefschrift van Lucieer (2005) bevat weinig historische analyse.

aan de hand van welke maatstaven valt een kwaliteitsoordeel te geven over ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen eeuw? Kunnen we in dit verband spreken van vooruitgang? Vooruitgang is een term die in de revisionistische geschiedschrijving voornamelijk in kritische en ironische zin wordt gebruikt, maar wij menen dat een dergelijke vraag wel degelijk zinvol kan zijn. Toepassing van hedendaagse kwaliteitscriteria op de verleden tijd draagt uiteraard het risico in zich van anachronisme en zelfs regelrecht presentisme. Ook indien we kwaliteitscriteria uit het verleden benutten, doet zich evengoed nog het probleem voor dat de Inspectie, artsen, verpleegkundigen, patiënten, hun familie en andere betrokken partijen onderling en ook intern uiteenlopende maatstaven hanteerden en derhalve tot onderling verschillende beoordelingen kwamen. Een extra complicatie vormt het al dan niet beschikbaar zijn van relevante bronnen. Hoe dan ook staat wel vast dat maatstaven voor een voldoende of goede kwaliteit van zorg in de loop van de twintigste eeuw, mede onder invloed van bredere maatschappelijke ontwikkelingen op zowel materieel als immaterieel gebied, aan grote veranderingen onderhevig zijn geweest. Dit bracht met zich mee dat steeds weer nieuwe tekortkomingen werden gesignaleerd, die voorheen niet als zodanig waren aangemerkt, met als gevolg dat er nieuwe normen werden gesteld en deze werden verhoogd. Ook hier ligt nog een flink terrein open voor nader onderzoek.[4071] Wij geven hier enkele aanzetten daartoe.

De Krankzinnigenwet van 1884 stelde voor het verlenen van een vergunning tot oprichting van een krankzinnigengesticht een viertal nadere eisen. Drie daarvan betroffen direct of indirect de huisvesting en één had betrekking op de personeelsvoorziening. Een krankzinnigengesticht moest ruim zijn en gezond gelegen, ‘met voldoende gelegenheid tot beweging in de open lucht’. Er moest een afscheiding der seksen zijn, behalve bij kinderen onder tien jaar. Ook moest er ‘voldoende gelegenheid [zijn] tot afzondering naar den aard en het getal der krankzinnigen’. Tenslotte gold als vierde eis een ‘voldoende voorziening in den geneeskundige dienst en in den huisdienst naar den aard en het getal der krankzinnigen’.[4072] Welke maatstaven voor toekenning van het predicaat ‘voldoende’ toentertijd en ook in latere decennia werden aangelegd, verdient nog nadere aandacht. Uit de eerder gegeven voorbeelden van de minimum hoeveelheid plaatsruimte per krankzinnige en het minimum aantal artsen of verplegenden voor een bepaald aantal patiënten, bleek al wel dat de normen later naar boven, of, tijdens het interbellum, naar beneden toe zijn bijgesteld.[4073]

De Krankzinnigenwet van 1884 voorzag tevens in de invoering van een registratieplicht van de toegepaste dwangmiddelen. Deze registratie was mede bedoeld om het gebruik van lijfsdwang en afzondering of separatie in de gestichten terug te dringen. Inderdaad nam het gebruik van te registreren mechanische dwangmiddelen af, maar daar kwamen andere, buiten de registratie vallende vormen van fixatie voor in de plaats. De toepassing van afzondering liep veel minder terug. In de jaren dertig en wederom eind jaren zeventig, kwam het tot vernieuwing van de dwangmiddelenregistratie, nadat de oude in onbruik was geraakt. Afgezien van procedurele en enkele inhoudelijke aanvullingen of veranderingen bleef de strekking van

[4071] Zie Gijswijt-Hofstra 2005; De Haan en Kennedy 2005; Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.
[4072] Zie 1.4.2. De tweede krankzinnigenwet.
[4073] Zie over de plaatsruimte: Valk 1964, 396 en 399.

de latere dwangmiddelenregistraties dezelfde. Het is nog onduidelijk in hoeverre aan de registratieplicht werd voldaan en of deze daadwerkelijk een matigende werking had. In ieder geval deden auteurs van leerboeken voor de krankzinnigenverpleging die in het interbellum verschenen, een moreel beroep op de (leerling-)verplegenden om mechanische dwangmiddelen terughoudend toe te passen. Eenzelfde terughoudendheid was volgens de auteurs niet geboden ten aanzien van het separeren van patiënten.

Huisvesting, personeelsvoorziening en dwangtoepassing golden gedurende de hele twintigste eeuw als officiële graadmeters voor de kwaliteit van zorg in de gestichten en inrichtingen.[4074] Al moet daar wel direct het voorbehoud op volgen dat kwaliteit van zorg als zodanig een aanduiding was die pas vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw in zwang kwam, althans in verslagen van het Staatstoezicht, in beleidsnota's en in wetgeving.[4075] Zoals bekend was het toezicht op de uitvoering van de krankzinnigenwet gelegen bij de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, later omgedoopt tot het Staatstoezicht of de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Uiteraard omvatte dit toezicht meer dan alleen de huisvesting, de personeelsvoorziening en de toepassing van dwangmiddelen. De geneeskundige status van de gestichten en inrichtingen bracht met zich mee dat de inspectie evenzeer was gericht op de geneeskundige behandeling en de algemene lichamelijke verzorging (voeding, kleding, ligging, hygiëne) van de patiënten. Daaraan waren dan ook in de vooroorlogse verslagen van het Staatstoezicht steevast hoofdstukken gewijd, evenals aan onder meer de statistiek der verpleegden, hun lichamelijke en geestelijke toestand, en de terreinen, gebouwen en meubilering van de gestichten en inrichtingen. De Inspectie verstrekte niet alleen feitelijke informatie, maar gaf ook veelvuldig aan of bepaalde toestanden of ontwikkelingen als verbetering, als vooruitgang vielen te waarderen of juist niet.

De naoorlogse jaarverslagen zijn veel minder gedetailleerd en meer beleidsgericht dan de vooroorlogse. In het eerste naoorlogse verslag (over de jaren 1969-1974) liet de Inspectie in een hoofdstuk over 'De kwaliteit van de zorg' onder het hoofdje 'Algemene aspecten' weten wat onder de noemer 'kwaliteit van de zorg' viel te scharen: 'nieuwe behandelingsvormen, het creëren van een therapeutisch klimaat, een afstemmen van instituten op de maatschappij, het begeleiden van de patiënt, waarbij wordt uitgegaan van datgene, dat de patiënt zelf (nog) kan en vooral ook aan […] het werken in teamverband'.[4076] De Inspectie signaleerde al direct dat kwaliteit van de zorg 'in een aantal opzichten een subjectieve, moeilijk te kwantificeren zaak' is. Meetbaar was bijvoorbeeld de personeelsbezetting in tal van aspecten; als gedeeltelijk meetbaar gold bijvoorbeeld de bouwkundige situatie; en als (nog) niet meetbaar golden vele inhoudelijke, moeilijk te kwantificeren, maar voor de kwaliteit van de zorg belangrijke facetten, waaronder de menselijke verhoudingen binnen het instituut, de betrokkenheid en de inzet van de medewerkers, de bejegening van de patiënten of cliënten door de medewerkers, en de communicatiepatronen.[4077] Met name de beschikbaarheid van 'voldoende gekwalificeerd' personeel vormde een punt van aandacht. Overigens werd in

[4074] Om meer zicht te krijgen op de gehanteerde kwaliteitsnormen is een nadere analyse van de verslagen van het Staatstoezicht nodig.
[4075] Zie ook Glas 2005.
[4076] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17.
[4077] Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17-18, 24.

hetzelfde hoofdstuk over kwaliteit van de zorg in een aparte paragraaf veruit de meeste plaats ingeruimd voor juridische aspecten, waaronder de partiële wijziging respectievelijk de vervanging van de krankzinnigenwet van 1884 door de BOPZ en de rechtspositie van psychiatrische patiënten. Ook in de latere jaarverslagen nam de rechtspositie van patiënten een prominente plaats in, met inbegrip van de door patiënten ingediende klachten en de behandeling daarvan.

Halverwege de jaren tachtig getuigde de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984) van staatssecretaris J.P. van der Reijden van een prealabel dilemma. Niet de lastige meetbaarheid van de kwaliteit van de zorg - het probleem dat de Inspectie in het voorgaande decennium opwierp - maar de definiëring van het begrip kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg werd nu als probleem gesignaleerd, alhoewel niet uitgewerkt, laat staan opgelost.[4078] 'Het begrip kwaliteit van de GGZ', zo liet Van der Reijden weten, 'laat zich moeilijk omschrijven, gezien de verschillende visies die bestaan over [sic] GGZ.' Daarom koos hij

> voor een benadering […] waarbij terreinen waarop de kwaliteit betrekking heeft, worden aangegeven, te weten: 1. de aard en inhoud van de opleidingen van de hulpverleners; 2. de eisen te stellen aan de voorzieningen; 3. het handelen van de beroepsbeoefenaren; 4. de positie van de cliënt.[4079]

De staatssecretaris gaf deze benadering onder meer handen en voeten door in de erkenningseisen voor Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen in 1985 het beschikken over een Patiënten Vertrouwens Persoon verplicht te stellen. Vanaf halverwege de jaren tachtig maakte de idee van de terugtredende overheid opgang. In 1990 formuleerde de overheid de hoofdlijnen van het kwaliteitsbeleid en koos daarbij, conform het in 1987 uitgebrachte advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie-Dekker), voor deregulering en globale wetgeving.[4080] De instellingen dienden zelf de kwaliteit die zij leverden te bewaken en te controleren (de interne kwaliteitscontrole), terwijl het Staatstoezicht zich bij wijze van externe kwaliteitscontrole moest gaan toeleggen op het controleren van de interne kwaliteitscontrole. Dit heette 'toezicht op afstand' of, vanaf halverwege de jaren negentig: 'toezicht op toezicht'. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) formaliseerde deze ontwikkeling door de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking primair bij de aanbieders van zorg te leggen.[4081] Het is de vraag of dit de duidelijkheid omtrent de precieze betekenis van kwaliteit ten goede kwam.

Hoezeer de kwaliteit van zorg als containerbegrip voor zeer uiteenlopende aspecten van de zorg was gaan fungeren, blijkt onder meer uit de door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) uitgevoerde *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg* (2002).[4082] Rubricering van de door zorginstellingen gehanteerde indicatoren voor kwaliteit leverde een viertal categorieën op: cliënten, medewerkers, *adverse events* en overig. Onder de rubriek cliënten vielen:

[4078] Zie voor een nadere beschouwing over het kwaliteitsbegrip in de gezondheidszorg: Harteloh 2000.
[4079] Van der Reijden 1984, 60.
[4080] Lucieer 2005, 110-111.
[4081] Zie ook Nijssen, Schene en De Haan 1999.
[4082] Sluijs et al. 2002.

tevredenheid, GGZ-thermometer (een gestandaardiseerd instrument waarmee de mening van cliënten over de kwaliteit van de zorg wordt gepeild), afgeronde behandeling, effecten van behandeling, effecten daklozenopvang, effecten ouderenzorg, en cliëntzelfbeoordeling. De rubriek medewerkers omvatte de indicatoren ziekteverzuim, tevredenheid, verloop, werkdruk en vertrouwen in de organisatie waarin zij werkten. Onder *adverse events* waren onder meer gerangschikt: melding incidenten bewoners (MIB), klachten van patiënten, klachten van medewerkers en uitval. De rubriek overig bestond uit twee indicatoren: productie en kosten, waaruit blijkt dat bedrijfsmatige efficiency ook als graadmeter voor kwaliteit gold.[4083]

Wat valt uit deze korte historische rondgang op te maken? Ten eerste dat in de loop van de naoorlogse periode patiëntenrechten en vervolgens ook het oordeel van patiënten of cliënten steeds sterker gingen meetellen in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. Dat was voordien ongekend. Ten tweede dat relationele aspecten als de omgang met en de bejegening van patiënten door verpleegkundigen, artsen en andere behandelaars vanaf de jaren zeventig deel gingen uitmaken van de kwaliteitsbeoordeling. Ten derde dat in de laatste decennia van de twintigste eeuw naast het oordeel van patiënten of cliënten ook het oordeel van de professionele uitvoerders van de zorg, inclusief de verpleegkundigen, alsmede van nieuwe partijen in het veld als zorgmanagers en verzekeraars in de kwaliteitsbeoordeling mee ging tellen. Ten vierde valt in algemene zin op dat het veld van de (geestelijke) gezondheidszorg sedert de jaren tachtig in toenemende mate in de ban is gekomen van kwaliteitsbeoordelingen en kwaliteitssystemen. Het in die periode sterk aan invloed winnende marktdenken was daar uiteraard niet vreemd aan. Als cliënten werden patiënten in toenemende mate als meer of minder mondige en eisen stellende consumenten tegemoet getreden. Een gevolg van het marktdenken was de toenemende invloed van financiers en managers, die veel waarde hechtten aan efficiency en 'productie' als graadmeters voor kwaliteit. De verzakelijking die hiervan weer het gevolg was, stond op gespannen voet met wat de hulpverleners en patiënten of cliënten als kwaliteit beschouwden: mede door de opdeling van taken en de toegenomen wisseling van personeel werd het moeilijker een vertrouwensband op te bouwen en in stand te houden, waardoor de direct-betrokkenen de zorg als killer ervoeren.

Ook in internationaal vergelijkend onderzoek kwam het kwaliteitsvraagstuk binnen de geestelijke gezondheidszorg aan de orde. Zo verschenen, onder andere in opdracht van de World Health Organization, diverse studies waarin de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in een aantal Europese landen in kaart werd gebracht.[4084] In een 25 jaar omspannende studie uit 1987 concludeerden de redacteuren op basis van kwantitatieve indicatoren van veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg in verschillende landen dat, ondanks de schaarse informatie over bepaalde indicatoren en enkele onopgeloste definitieproblemen, toch viel vast te stellen dat de geestelijke gezondheidszorg in West-Europa langzaam, maar wel degelijk merkbaar, verbeterde. De intramurale voorzieningen waren, gemiddeld genomen, kleiner geworden; er was meer professioneel en ander personeel bij de dagelijkse zorg betrokken; en het aantal gedwongen opnamen liep terug. Daarnaast, zo vervolgden de redacteuren, was de nog

[4083] Glas 2005, 12-13.
[4084] Zie bijvoorbeeld Freeman, Fryers en Henderson 1985; Mangen 1985a; Breemer ter Stege en Gittelman 1987.

steeds dominante positie van de psychiatrische ziekenhuizen min of meer verzwakt ten gunste van de psychiatrie in algemene ziekenhuizen en van de semi- en extramurale voorzieningen.[4085]

Toch is daarmee nog niet de vraag beantwoord in hoeverre en op grond van welke maatstaven een kwaliteitsoordeel valt te geven over ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de gehele afgelopen eeuw. Inderdaad vallen partiële beoordelingen te geven op grond van kwantitatieve criteria als de bovenstaande, althans tot op zekere hoogte. Want tegelijkertijd dienen we ons bijvoorbeeld te realiseren dat de omvang van een psychiatrische inrichting op zichzelf niet maatgevend voor kwaliteit behoeft te zijn. Ook aspecten als de grootte van de gebouwen en de interne differentiatie in afdelingen, al dan niet in de vorm van paviljoens, zouden moeten worden meegewogen. Min of meer in het verlengde hiervan valt te wijzen op de omvang en de bezetting van verblijfs- en slaapruimtes. Slaapzalen met twintig of meer bedden maakten in de tweede helft van de twintigste eeuw plaats voor slaapkamers met zes of minder bedden. Dat valt als een verbetering aan te merken, maar wel als een die niet op zichzelf stond. Immers, met het toenemen van de welvaart werden hoe dan ook hogere eisen aan huisvesting gesteld en in praktijk gebracht. In Nederland getuigen de Actie Huisvesting in de jaren zeventig en de aandacht voor privacy vanaf de jaren tachtig daarvan. Patiënten hechtten grote waarde aan een eigen woonruimte en betere sanitaire voorzieningen en daar is in de laatste decennia ook steeds meer aan tegemoet gekomen. De schaalverkleining en de beschutte en beschermende woonvormen hebben uiteraard direct met (ruimere) huisvesting en meer privacy te maken. Met andere woorden: een kwaliteitsbeoordeling van ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg over een langere periode kan niet zonder een contextuele benadering.

Vooruitgang: dilemma's en paradoxen

Ook dan zijn er nog dilemma's en paradoxen te over. Neem het voorbeeld van dwangmaatregelen: wat zegt het over de kwaliteit van de zorg wanneer, zoals in Nederland, verhoudingsgewijs meer gebruik wordt gemaakt van het isoleren van onrustige of voor zichzelf of anderen gevaarlijke patiënten dan van het fixeren gecombineerd met het onder intensieve begeleiding en enige dwang behandelen van dergelijke patiënten, zoals in andere landen vaak gebeurt? Hoe moeten we de sterke nadruk in Nederland op de rechtspositie van patiënten, dat wil zeggen hun recht op autonomie, beoordelen als dat recht tegelijkertijd een geëigende psychiatrische behandeling kan verhinderen, waardoor de levenskwaliteit van geesteszieken kan verslechteren en zij zelfs ten prooi kunnen vallen aan (zelf)verwaarlozing en verloedering? Of neem de vermaatschappelijking zoals die gestalte heeft gekregen in de onderbrenging van chronische psychiatrische patiënten in al dan niet beschermende woonvormen in de steden. Inmiddels zijn ook onbedoelde, 'perverse' effecten van hun terugkeer in de maatschappij aan het daglicht getreden. Sommige patiënten zouden, ongeacht de aard en intensiteit van de geboden begeleiding, meer gebaat zijn bij een rustiger en overzichtelijker leefomgeving buiten de stad, met meer orde en regelmaat, zoals psychiatrische ziekenhuizen die voorheen boden. De grotere privacy en meer geïndividualiseerde woonomstandigheden kunnen ook tot onzekerheid, apathie en

[4085] Breemer ter Steege en Gittelman 1987, 19.

eenzaamheid leiden. Het collectieve samenlevingsverband van de traditionele inrichting was niet alleen beknellend, maar kon ook voor bezigheden, vastigheid en geborgenheid zorgen. De behoefte daaraan van met name chronische geesteszieken is vanaf de jaren zeventig wellicht onderschat, zoals hun vermogen tot autonomie, een zinvolle invulling van hun leven en volwaardig burgerschap nogal overschat is. Een en ander maakt een afweging in termen van kwaliteit op zijn minst lastig en hoe dan ook complex.

Soortgelijke dilemma's en paradoxen doen zich eveneens voor op andere terreinen en niveaus van de geestelijke gezondheidszorg. Zo kent de regionalisering van de zorg ook perverse effecten: patiënten kunnen niet zomaar in een andere zorgregio dan waarin zij verblijven hulp zoeken bij zorginstanties, terwijl zorgaanbieders die vrijwel buren van elkaar zijn, maar in verschillende zorgregio's zijn gevestigd om die reden niet tot fusie kunnen overgaan.[4086] Verder vertoont de wetgeving averechtse effecten. Dat was vroeger het geval, toen alleen opname met een rechterlijke machtiging mogelijk was. Deze was bedoeld om burgers te vrijwaren tegen een onrechtmatige beroving van hun vrijheid, maar had vooral de stigmatisering van de gehele inrichtingspsychiatrie en de opgenomen patiënten tot gevolg, een last waarvan de psychiatrie zich maar moeizaam heeft weten te bevrijden. Dergelijke onbedoelde gevolgen komen nog steeds voor. Een voorbeeld is de hierboven genoemde rechtsbescherming van patiënten, die tegelijkertijd, ook in het geval van een gedwongen opname, een barrière kan vormen voor de toepassing van (dwang)behandeling. Nogmaals wijzen wij op de onbedoelde, tot op zekere hoogte als pervers te typeren gevolgen van de uitbreiding van het aanbod in met name de ambulante geestelijke gezondheidszorg met tal van nieuwe therapeutische instellingen, waardoor lichtere aandoeningen - het 'ongerief' uit de titel van ons boek - in toenemende mate in de sfeer van psychische afwijkingen en tekorten zijn getrokken. Een dergelijke tendens doet zich ook op het gebied van de psychofarmaca voor. Deze zijn oorspronkelijk voornamelijk ontwikkeld ter behandeling van ernstige psychotische en persoonlijkheidsstoornissen, maar in de laatste jaren worden zij in toenemende mate voorgeschreven voor lichtere aandoeningen en wellicht zullen zij in de toekomst door geestelijk gezonde mensen worden aangewend om hun stemming te verbeteren of om hun geestelijke capaciteiten te optimaliseren. De laatste twee ontwikkelingen vormen specifieke voorbeelden van wat wij eerder als een grondpatroon in de gehele geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben aangemerkt: de perverse gevolgen van de dynamiek tussen therapeutisch optimisme en pessimisme. Nieuwe, veelbelovende therapeutische behandelingen kwamen vaak ten goede aan nieuwe doelgroepen, terwijl ernstige en langdurig geesteszieke mensen, aan wie de nieuwe inspanningen eigenlijk ten goede dienden te komen, als min of meer onbehandelbaar werden gekwalificeerd, waardoor zij genoegen moesten nemen met minder middelen en minder goede zorg.

Hoewel van tijd tot tijd zeker ook pessimistische geluiden waren te horen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, lieten beleidsvormers en hulpverleners zich toch overwegend leiden door het idee dat het beter moest en kon. Die hoopvolle verwachting was voor een groot deel hun *raison d'être*. In die zin waren psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg niet bijzonder, maar maakten zij deel uit van de moderniteit. Wij hebben in dit boek hun geschiedenis beschreven tegen de achtergrond van

[4086] Zie Van Daalen 2006.

moderniseringsprocessen in de Nederlandse samenleving: industrialisering, nationale eenwording, groeiende mobiliteit en communicatie, vergrote staatsbemoeienis, toenemend sociaal activisme, democratisering, individualisering, rationalisering, verwetenschappelijking en (proto)professionalisering. De onafgebroken beweging en verandering die de moderniteit kenmerken, zijn in wezen gebaseerd op voortdurende ontevredenheid over het bestaande en een rusteloze, voluntaristische drang naar verbetering, naar vooruitgang. Het valt moeilijk te ontkennen dat in de loop van de twintigste eeuw de materiële levensomstandigheden van de gehele bevolking zijn verbeterd en dat de individuele vrijheid en onderlinge gelijkheid aanmerkelijk zijn vergroot. Meer tevredenheid of geluk lijkt dit alles echter niet op te leveren. Steeds hogere normen en verwachtingen zorgen telkens weer voor nieuwe onvrede.[4087] Zo leidde de bevrediging van de basale materiële behoeften (veiligheid, huisvesting, voeding) tot nieuwe strevingen op zowel materieel als immaterieel gebied. Toen vrijwel de gehele Nederlandse bevolking, zeker in vergelijking met de levensomstandigheden van grote delen daarvan in de periode daarvoor, in het midden van de twintigste eeuw min of meer welvarend was geworden, dienden zich nieuwe uitdagingen aan: mensen moesten de mogelijkheid krijgen zichzelf te ontplooien en zelf zin en vorm aan hun leven te geven. Tegelijkertijd werden de eisen waaraan mensen moesten voldoen om de nieuwe mogelijkheden ook daadwerkelijk te kunnen benutten - een open en actieve houding, zelfsturing, assertiviteit, psychologisch inzicht, relationele en communicatieve vaardigheden, een vooruitziende blik - steeds hoger opgeschroefd. Het geloof in maakbaarheid, een ander essentieel kenmerk van de moderniteit, schraagde de verwachting dat de meeste mensen, al dan niet met de nodige steun, hulp en begeleiding, ook in staat zouden zijn aan de verwachtingen tegemoet te komen.

Maar wat is het lot van een wellicht toenemend aantal mensen - onder wie niet in de laatste plaats lijders aan min of meer ernstige psychische stoornissen - die niet aan de eisen van de moderniteit kunnen of willen voldoen, die deze 'vooruitgang' niet kunnen of willen bijhouden? Ondanks het grote aanbod aan psycho- en sociotherapeutische behandelvormen en de aanhoudende stroom van nieuwe psychofarmaca is er geen sprake van dat de frequentie van psychische stoornissen en klachten afneemt. Integendeel, de toename van remedies lijkt gelijke tred te houden met de groei en een ruimere definitie van psychische aandoeningen. In dit verband hebben we er herhaaldelijk op gewezen dat het hulpaanbod van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg de vraag in hoge mate stuurt en veel minder andersom. Of dit als een averechts of zelfs pervers effect moet worden gezien, is vatbaar voor discussie. Er valt wat voor te zeggen om de spiraal van het groeiende aanbod en de daarop volgende toename van de vraag als teken van toenemende beschaving te beschouwen, als een voortdurende poging om wat mensen als gebreken of onvolkomenheden ervaren, te verhelpen. Maar dat neemt niet weg dat vooruitgang, maakbaarheid en voluntarisme in wezen lijnrecht staan tegenover wat de essentie van werkelijke en met name chronische geestesziekte inhoudt: het overgeleverd zijn aan onbeheersbare voorstellingen en impulsen, het niet kunnen beantwoorden aan de verwachtingen in het sociale verkeer, het ontbreken van een toekomstperspectief en de afwezigheid van het vermogen tot doelgerichte verandering ten einde zelf vorm te geven aan het leven. Geen vooruitgang, maar stilstand en de terugkeer van steeds hetzelfde;

[4087] Van den Brink 2007.

geen maakbaarheid, maar machteloosheid en onvoorspelbaarheid; geen voluntarisme, maar passiviteit en apathie.

Wat betreft het vermogen van psychiaters en andere hulpverleners om de ontwrichtende symptomen en gevolgen van geestesziekte te beheersen, zijn er ongetwijfeld vorderingen gemaakt. Sinds de jaren zestig zijn zorg en behandeling beter empirisch onderbouwd dan daarvoor en hebben rationalisering en standaardisering geleid tot een grotere transparantie ervan. Verder wordt in de psychiatrie meer (natuur)wetenschappelijk onderzoek verricht. Toch is het de vraag wat dit alles heeft opgeleverd. Het biochemische, genetische en neurofysiologische onderzoek en de geavanceerde scantechnieken van de biomedische psychiatrie er, ondanks de pretenties en hoge verwachtingen van sommige psychiaters, nog niet in geslaagd om de oorzaken van geestesziekten eenduidig bloot te leggen, laat staan dat zij de definitieve genezing van de lijders daaraan dichterbij hebben gebracht. Of psychofarmaca en andere behandelvormen het maatschappelijk functioneren van psychiatrische patiënten blijvend kunnen verbeteren, is evenzeer twijfelachtig. Geestesziekte blijft een weerbarstig fenomeen, dat zich steeds weer onttrekt aan de vermeende zegeningen van de moderniteit. Dankzij moderniseringsprocessen op materieel en immaterieel gebied zijn de levensomstandigheden en de rechten van de meeste psychiatrische patiënten ontegenzeggelijk verbeterd en kunnen mensen met lichtere psychische problemen op meer begrip en professionele hulp rekenen. Uitsluiting en medelijden hebben voor een groot deel plaats gemaakt voor medemenselijkheid en rechtsgelijkheid. Door het gegroeide respect voor de integriteit en zelfbeschikking van patiënten en cliënten is de taak van de geestelijke gezondheidszorg bepaald niet eenvoudiger geworden, vooral als er sprake is van overlast of gevaar. Hulpverleners krijgen het steeds moeilijker om patiënten en cliënten, hun familie, de naaste omgeving en de samenleving als geheel tevreden te stellen. Dit laat onverlet dat er vanuit het oogpunt van medemenselijkheid en respect, met andere woorden broederschap, veel gewonnen is en dat de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg internationaal gezien zeker geen slecht figuur slaat. Dat is vooruitgang. Maar een humanere bejegening, grotere formele rechtsgelijkheid en een effectievere symptoombestrijding hebben nog altijd weinig invloed op geestesziekte als zodanig en betekenen evenmin dat een van de ingrijpendste gevolgen ervan, het grotendeels of geheel sociaal gehandicapt zijn, weggenomen kan worden. Vrijheid en gelijkheid zijn mooie idealen als het om de gewenste maatschappelijke positie van geesteszieken gaat, maar de werkelijkheid is anders. Vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap, waarvoor vooral op mentaal gebied steeds hogere eisen gelden, lijkt de afstand tussen mensen met psychische stoornissen of problemen en de meer succesvolle deelnemers aan de moderne samenleving eerder groter dan kleiner te worden. En dat is zeker een pervers effect van vooruitgang.