

**Toelichting bij *Verward van geest en ander ongerief*. Symposium Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005). Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 31 oktober 2008.**

**Harry Oosterhuis**

Dames en heren, ik zal proberen u een indruk te geven van de inhoud van ons boek. Het is ondoenlijk om het in zijn geheel in twintig minuten samen te vatten. Ik spits mijn toelichting toe op onze **doelstellingen** en de **invalshoeken** aan de hand waarvan wij de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanaf het eind van de negentiende tot het begin van de eenentwintigste eeuw hebben beschreven. Ook zal ik enkele **conclusies** aanstippen, die wij in de vorm van **10 stellingen** aan de forumleden hebben voorgelegd. Deze kunnen later vanmiddag in de commentaren en de discussie nog uitgebreider aan de orde komen.

Onze hoofddoelstelling was **een complete, contextuele en internationaal vergelijkende geschiedschrijving**. Wij beschrijven en verklaren hoe het aanvankelijk kleine psychiatrische zorggebied, waarvan mensen in de regel alleen gebruik maakten in geval nood, uitgroeide tot een omvangrijke geestelijke gezondheidszorg die zich richtte op een breed scala aan geestelijke verwarring en ander ongerief, zoals titel van ons boek aangeeft. Daarbij gaat het ons om de wederzijdse beïnvloeding van de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappij. Tevens hebben wij aandacht besteed aan de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse ontwikkelingen en die in andere landen.

Een belangrijke invalshoek vormt wat wij aanduiden met ***medische markt en probleemcultuur***. In het begrip *probleemcultuur* komt tot uitdrukking dat moeilijkheden pas behandelbare problemen voor de geestelijke gezondheidszorg worden als ze een bepaalde betekenis krijgen, zowel van de direct betrokkenen - hulpverleners en -vragers - als in de bredere maatschappij. Het marktconcept verwijst naar de context van die betekenisgeving: het zorg- en hulpverleningsaanbod en de vraag ernaar. **In dit verband concluderen wij dat de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg sterker is bepaald door de dynamiek van het aanbod dan door de behoefte aan hulpverlening, of de omvang en ernst van geestesziekte en ander psychisch leed in de maatschappij.** Met andere woorden: de oprichting en verspreiding van de verschillende voorzieningen waren in eerste instantie niet zozeer afgestemd op een expliciete vraag naar zorg en evenmin op de belevingswereld van patiënten en cliënten. De wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg vorm kreeg, had meer te maken met andere factoren, zoals:

- de economische conjunctuur en de financieringsmogelijkheden;
- het overheidsbeleid en particuliere, deels verzuilde, initiatieven in de maatschappij;
- professionele ambities, de strijd om gezag en zeggenschap van en tussen beroepsgroepen;
- en de wijze waarop het werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg vorm kreeg in de grensafbakening en -schermutselingen met tal van andere werkvelden, zoals de somatische geneeskunde, de kerkelijke zielzorg, de armenzorg, het maatschappelijk

werk, justitie, het bijzonder onderwijs en de (alternatieve) psychosomatische hulpverlening.

Zo zijn de beschikbaarheid en bereikbaarheid van psychiatrische of andere instellingen en de mogelijkheden om de verpleging daarin te bekostigen, in hoge mate bepalend geweest voor de beslissing - door de familie, gemeente of andere financiers en belanghebbenden - om geesteszieken al dan niet, en in de ene dan wel de andere voorziening op te nemen. Nog sterker dan voor de inrichtingspsychiatrie gold voor de ambulante sector dat het aanbod in belangrijke mate de vraag schiep. Een groot deel van de psychosociale hulpverlening richtte zich voornamelijk op lichtere psychische aandoeningen en belevings- en omgangsmoeilijkheden. De verspreiding van deskundige hulpverlening zorgde ervoor dat allerlei diffuse, stilzwijgend beleefde moeilijkheden benoembaar, bespreekbaar en zichtbaar werden. Het voorzieningenaanbod was in die zin bepalend voor het probleembesef en de gevoelde behoefte aan hulpverlening.

In het toenemende beroep op de geestelijke gezondheidszorg komt tot uitdrukking dat persoonlijke moeilijkheden steeds meer als behandelbaar en oplosbaar werden beschouwd. In dit verband beweren wij **dat de toegenomen zorgconsumptie eerder een teken is van een verhoogde levenskwaliteit dan van een verslechterende geestelijke gezondheid**. Met de verbetering van de levensomstandigheden en de toenemende individuele emancipatie stegen ook de verwachtingen omtrent de effecten van professionele hulp. De zich uitdijende hulpverlening wijst niet op een toenemend aantal zieke of ongelukkige mensen, maar op een verhoging van het gemiddelde gezondheids- en welzijnsniveau alsook een streven om dat te handhaven en te optimaliseren. Dit spoort met enquêteonderzoeken waaruit blijkt dat Nederland behoort tot de landen die hoog scoren met betrekking tot de mate van welzijn en geluk die men ervaart. De groei van de geestelijke gezondheidszorg is één van de symptomen van grotere individuele vrijheid en zelfbeschikking, van een sterk geloof in de maakbaarheid van het persoonlijke leven, en van de steeds hogere eisen die mensen aan zichzelf en aan elkaar stellen. Van de weeromstuit zorgen de opgeschroefde normen en verwachtingen telkens weer voor nieuwe tekortkomingen en onzekerheden.

Deze tendensen, die nauw samenhangen met de voortdurende domeinverbreding van de geestelijke gezondheidszorg, kent **twee keerzijden**. De eerste is dat onvolkomenheden en afwijkingen van wat als normaal of wenselijk geldt, moeilijker worden geaccepteerd en dat mensen minder ruimte krijgen om zogenaamde onverantwoordelijke of onverstandige keuzen te maken. De tweede keerzijde is **dat de domeinverbreding vooral ten goede is gekomen aan de hulpverlening aan cliënten met lichtere moeilijkheden en nogal eens ten koste is gegaan van de zorg voor ernstig en chronisch geesteszieke patiënten**. Deze tendens hangt nauw samen met de voor de geschiedenis van de psychiatrie kenmerkende golfbeweging tussen therapeutisch optimisme en pessimisme. Telkens weer werd vastgesteld dat bestaande voorzieningen niet voldeden om alle patiënten adequaat te behandelen, waarop de hoop werd gevestigd op nieuwe instellingen en behandelvormen. Deze uitbreiding van de zorg, bedoeld om de therapeutische effectiviteit te vergroten, bracht onbedoelde gevolgen met zich mee:

- een onderscheid tussen moeilijk en beter behandelbare patiënten;

- nieuwe probleemvelden en nieuwe doelgroepen;
- en een verschuiving van de therapeutische inspanningen van zwaardere naar lichtere aandoeningen.

Met andere woorden: de grens van wat hulpverleners noodzakelijk achtten om te behandelen, schoof voortdurend op. Daardoor nam over het geheel genomen de zwaarte van de behandelde problemen af en nam de omvang en diversiteit van de doelgroepen toe.

Zoals gezegd wilden wij een **contextuele geschiedenis** schrijven. Wij brengen de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in verband met meer algemene maatschappelijke processen. Zo besteden wij, om enkele belangrijke thema's te noemen, aandacht aan:

- financieel-economische factoren;
- wet- en regelgeving, het overheidsbeleid en de rol van de verzorgingsstaat;
- de invloed van godsdienst en verzuiling;
- meer in het algemeen de modernisering van Nederland: industrialisering, urbanisering, de toename van de geografische en sociale mobiliteit, democratisering;
- en daarmee samenhangende veranderingen in sociale omgangsvormen en zelfontplooiings- en burgerschapsidealen.

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondergingen niet alleen de invloed van de samenleving, op hun beurt beïnvloedden zij deze ook. In toenemende mate werden afwijkende gedragingen en levensmoeilijkheden in termen van geestesstoornis of psychisch probleem benoemd. Ook is de geestelijke gezondheidszorg van invloed geweest op de vorming van een **nieuwe publieke moraal**, vooral nadat het traditionele kerkelijke en burgerlijke gezag was aangetast. In dit verband schenken wij aandacht aan het bredere proces van **psychologisering**, een combinatie van individualisering en een toenemende expressie van persoonlijke drijfveren en gevoelens.

Deze psychologisering was deels een gevolg van de ontzuiling, maar was al eerder juist ook bevorderd door het feit **dat de geestelijke gezondheidszorg grotendeels verzuild was**. Geestelijke volksgezondheid vormde een kader waarin psychologische diagnoses zich lieten verbinden met morele en levensbeschouwelijke waarden. Hierdoor kon de geestelijke gezondheidszorg aanknopen bij het liberaal-burgerlijke beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch verheffingsethos door de confessionelen - en trouwens ook door de sociaal-democraten - werd overgenomen. Aan de andere kant heeft de verzuiling van met name de ambulante sector ertoe bijgedragen dat de psychologische benadering van levensmoeilijkheden vrij snel ingang vond onder de confessionele bevolkingsgroepen aangezien deze over eigen hulpverleningsinstellingen beschikten. De daarin gehanteerde psychologiserende benadering van normatieve kwesties raakte daardoor wijder verspreid dan als er alleen neutrale voorzieningen waren geweest. De confessionele geestelijke gezondheidszorg heeft, 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 jaren zestig.

Wat betreft de relatie tussen de geestelijke gezondheidszorg en **burgerschap**, gaat het vooral om de articulatie van idealen omtrent persoonlijkheidsvorming of zelfontplooiing, waarbij de internalisering van democratische waarden een belangrijke rol speelde.

**Deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de invulling en verbreiding van democratische burgerschapsidealën.** Daarbij ging het niet alleen om deugdzaamheid, sociale aanpassing en verantwoordelijkheid, maar ook om individuele zelfbepaling, mondigheid en emancipatie. De rode draad in de psychologische invulling van democratisch burgerschap was het evenwicht tussen enerzijds zelfbeheersing en maatschappelijke verantwoordelijkheid, en anderzijds individuele zelfontplooiing en zelfexpressie. In dit verband leverden toonaangevende psychiaters belangrijke bijdragen aan de morele heroriëntatie in de jaren zestig en zeventig, met name ten aanzien van moreel beladen kwesties als oorlogstrauma's, seksualiteit, abortus, drugs en euthanasie. Ook in andere landen hadden hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg affiniteit met sociale hervorming, maar vrijwel nergens, denken wij, speelden zij zo'n vooraanstaande rol in de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland.

Een belangrijke invalshoek van ons boek is de *internationale vergelijking*. We hebben ruime aandacht besteed aan de internationale invloeden op de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en we hebben ook geprobeerd een antwoord te geven op de vraag naar de bijzondere kenmerken ervan in internationaal opzicht. Ik heb al verwezen naar het verband met burgerschap en ik noem nog drie kenmerken:

Ten eerste **de grote mate aan flexibiliteit en openheid** van de Nederlandse psychiatrie. Al vanaf het eind van de negentiende eeuw was er naast de biomedische aanpak veel ruimte voor diverse psychologische, sociale en pedagogische benaderingen. Deze openheid bracht ook met zich mee dat naast medici ook andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers een belangrijke plaats konden verwerven. De grote mate van professionele diversiteit is wellicht typerend voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. In de ons omringende landen hebben psychiaters zich veel sterker als arts geprofileerd en hun werkveld scherper als medisch domein bewaakt, waardoor de inbreng van andere beroepsgroepen daar minder groot was en is.

Ten tweede heeft Nederland met enkele andere landen een bijzondere positie ingenomen vanwege het bestaan van **een aparte opleiding voor de psychiatrische verpleging** en het grote aandeel van mannen daarin. Psychiatrische verpleging gold als een apart vak dat bijzondere, met name ook pedagogische en agogische, vaardigheden vereiste. Overigens hebben verplegenden zowel in de psychiatrie zelf als in de geschiedschrijving daarvan **niet de aandacht en waardering gekregen die zij verdienen**. Niet alleen vormen verplegenden de grootste beroepsgroep in de psychiatrie, ook bepaalt hun inzet in hoge mate de kwaliteit van de zorg.

Ten derde kenmerkte de ontwikkeling van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zich door een **grote mate van continuïteit en geleidelijkheid alsook door een ruim werkveld**. Een en ander hangt samen met het overwegend gemengd publiek-particuliere

karakter van de geestelijke gezondheidszorg. Beleid kwam in samenspraak met het maatschappelijk middenveld en grotendeels op basis van consensusvorming, het befaamde poldermodel, tot stand. Van radicale veranderingen was nooit sprake. Vernieuwingen werden stap voor stap gerealiseerd door voort te bouwen op het bestaande en daar voortdurend nieuwe elementen aan toe te voegen. Zo is al vanaf de jaren dertig een uitgebreid en gevarieerd netwerk van ambulante voorzieningen opgebouwd, dat zich in vergelijking met andere landen onderscheidde door de grote inhoudelijke reikwijdte.

Ik wil afsluiten met enkele opmerkingen naar aanleiding van **de actualiteit**. De geestelijke gezondheidszorg krijgt de laatste tijd een slechte pers. Eerst waren er berichten over een tekort aan psychiaters, waardoor de kwaliteit van de zorg in het geding zou zijn, en vervolgens kwam er nieuws over onhoudbare toestanden in enkele klinieken, vooral in verband met het isoleren van patiënten alsook het onvermogen om suïcides te voorkomen. Gaat het slecht - slechter dan enkele decennia geleden, met de geestelijke gezondheidszorg? Ik weet het antwoord niet; wellicht zijn er hier mensen aanwezig die er meer over kunnen zeggen. In ons boek laten wij doorschemeren dat de geestelijke gezondheidszorg hier in vergelijking met veel buitenland nog zo slecht niet was. Begin jaren tachtig heeft Paul Schnabel eens opgemerkt dat, als je dan toch zo nodig gek moet worden, je dat het beste in Nederland kan doen: hier ben je verzekerd van redelijke opvang en zorg. Wij hebben die uitspraak min of meer onderschreven, maar zou die nog gelden?

Aan het eind van ons boek signaleren wij enkele problematische ontwikkelingen, bijvoorbeeld met betrekking tot **het sinds de jaren negentig gevoerde beleid van vermaatschappelijking, het streven naar de integratie van psychiatrische patiënten in de samenleving**. Onze indruk is dat die integratie problematisch is en nu misschien nog wel moeilijker is dan vroeger. Dat ligt niet in de eerste plaats aan de inzet van hulpverleners, maar is eerder te wijten aan de veranderde maatschappij. De neoliberale moderniseringsgolf en de algehele verharding van het maatschappelijke klimaat sinds de jaren tachtig hebben een domper gezet op zowel de middelen als de eerdere bevoegdheid in de geestelijke gezondheidszorg. Wij ontkennen niet dat hulpverleners vaak beter dan vroeger in staat zijn om de ontwrichtende symptomen en gevolgen van geestesziekte te beheersen - wat overigens niet hetzelfde is als genezen. Ook constateren wij dat over het algemeen de levenskwaliteit van veel psychiatrische patiënten is verbeterd en dat zij meer rechten hebben gekregen. Dat is vooruitgang.

Maar een effectievere symptoombestrijding, grotere rechtsgelijkheid en humanere bejegening hebben nog altijd weinig invloed op geestesziekte als zodanig en betekenen evenmin dat een van de ingrijpendste gevolgen ervan, het sociaal kwetsbaar en gehandicapt zijn, weggenomen kan worden. Is het eigenlijk wel zo verstandig geweest om de inrichtingswereld grotendeels te ontmantelen? Die wereld was zeker beklemmend, en soms zelfs mensonterend, maar zij bood ook rust, zekerheid, bescherming en geborgenheid. Vrijheid en gelijkheid zijn mooie idealen als het om de gewenste maatschappelijke positie van geesteszieken gaat, maar de werkelijkheid is vaak anders. En hoe is het eigenlijk gesteld met broederschap? De neoliberale prestatie maatschappij vraagt van mensen dat zij zelf zin en vorm aan hun leven geven en zichzelf optimaal

ontplooiën. Daarbij worden de mentale eisen waaraan zij moeten voldoen - zoals een actieve, doelgerichte en flexibele houding, assertiviteit, en communicatieve en relationele vaardigheden - steeds hoger opgeschroefd. Maar de keerzijde hiervan is: hoe gecompliceerder de samenleving en hoe hoger de eisen, hoe meer uitvallers en achterblijvers. Juist vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en burgerschap, lijkt de afstand tussen mensen met psychische aandoeningen en de meer succesvolle deelnemers aan onze dynamische samenleving eerder groter dan kleiner te worden. In die zin staan het moderne vooruitgangsgeloof en maakbaarheidsideaal, die ook vaak door de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg zijn omarmd, meer dan ooit op gespannen voet met wat de essentie van geestesziekte is.