

Tijdlijn NVvP - Uitwerking 1951- 1960

1) 1951 - In het belang van het kind (1): John Bowlby's *Maternal Care and Mental Health*

Naar aanleiding van zijn eerder werk bij delinquente en verwaarloosde kinderen kreeg [John Bowlby](#) van de WHO de opdracht een rapport op te stellen over de geestelijke conditie van dakloze kinderen in het naoorlogse Europa. Het resultaat was [Maternal Care and Mental Health](#), gepubliceerd in 1951. Het rapport was invloedrijk én controversieel. Op basis van het toen beschikbare (maar gebrekkige) empirisch materiaal trok Bowlby de conclusie dat jonge kinderen een warme, intieme, continue relatie nodig hadden met hun moeder (of surrogaatmoeder), waaraan beide plezier en tevredenheid ontleenden. Bowlby's focus op daadwerkelijke moeder-kind interactie brak enigszins met de psychoanalytische traditie, die meer nadruk legde op het innerlijk leven en fantasie.

Al snel kwam er kritiek op het rapport, vanwege de beperkte theoretische en empirische onderbouwing, met name het niet onderscheiden van de afwezigheid van een hechtingsfiguur versus verlies daarvan. Ook was er geen helder onderscheid gemaakt tussen de effecten van afwezigheid of verlies van hechting versus andere vormen van deprivatie zoals verblijf in een instelling.

Het rapport werd echter snel politiek ingezet als onderbouwing voor het standpunt dat elke verwijdering tussen moeder en kind ongezond was. Met deze redenering werd het vrouwen ontraden om te gaan werken en hun kinderen achter te laten bij kinderopvang, een politiek belang van overheden die zorgen hadden over werkloosheid bij van de oorlog teruggekeerde mannen. Zoals in [de vorige aflevering](#) van de Tijdlijn beschreven, rond het boek van Benjamin Spock, hadden ideeën uit de psychologie en psychiatrie veel invloed op pedagogiek en opvoedkundige praktijken in de naoorlogse jaren.

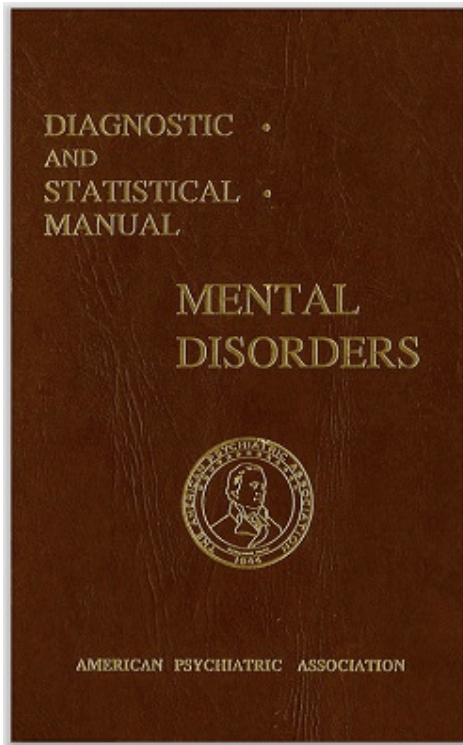


Bowlby's nadruk op de rol van hechting, nabijheid, en de focus op de noden van het kind betekenden een significante verschuiving ten opzichte van de gedragsmatig gerichte vooroorlogse opvoedingsstijl. Dergelijke bredere maatschappelijke invloeden vanuit de psychiatrie waren kenmerkend voor de naoorlogse jaren waarin er veel vertrouwen was in de maatschappelijke potentie van psychiatrische en psychologische theorieën en behandelingen. In zijn boek [The War Inside](#) spreekt Shapira in dit verband van de 'Therapeutic State'.

In zijn werk uit 1988, *A Secure Base*, gaf Bowlby toe dat hij in 1950 inderdaad geen theorie beschikbaar had die zijn bevindingen adequaat kon verklaren. In de jaren die volgden ontwikkelde hij zijn hechtingstheorie culminerend in de klassieke *Attachment en Loss* trilogie uit 1969, 1972 en 1980.

Verderop in de Tijdlijn zullen we aandacht besteden aan de invloed van ontwikkelingspsychologische ideeën op de adoptiepraktijk in Nederland.

2) 1952 - DSM-1



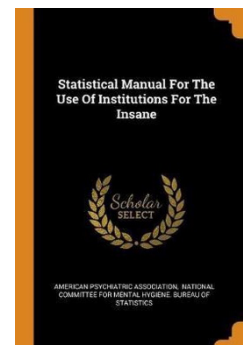
In 1952 verscheen de eerste versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, samengesteld door een commissie van de APA (de Committee on Nomenclature and Statistics). Warempel, denkt u misschien, daar is dus de eerste formele, officiële classificatie in de psychiatrie! Niets is minder waar. De DSM-1 was een bewerking van *Medical 203* (uit 1943), een classificatie die in de oorlog ontwikkeld was onder auspiciën van (daar is hij weer) William Menninger ten behoeve van de selectie, beoordeling, en behandeling van (potentiële) soldaten.

Na de oorlog werd een licht aangepaste versie gebruikt door de Veterans Administration. Maar ook *Medical 203* was niet de eerste formele Amerikaanse classificatie: in 1917 ontwikkelde de voorloper van de APA, de AMPA (American Medico-Psychological Association) samen met de National Commission on Mental Hygiene een gids voor gebruik in de gestichten genaamd de *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. Deze gids bevatte 22 diagnoses en tot aan de Tweede Wereldoorlog verschenen meerdere revisies. De eerste versie uit 1918 [kunt u hier lezen](#).

Waren deze gidsen nou de culminatie van wetenschappelijke ontdekkingen en empirisch onderzoek, die convergeerden naar één beeld van het landschap van de psychiatrie? Het antwoord kunt u vast raden. De aanzet om te komen tot een formele classificatie kwam vanuit de Amerikaanse overheid en de *Mental Hygiene Movement*. Zoals we beschreven [in eerdere afleveringen](#), zette de overbevolking in de gestichten en de problematiek verbonden aan de influx van burgers naar de steden en de industrialisatie van de laat-19^e eeuw verschillende overheden aan tot maatregelen op het gebied van preventie, breed gevat onder de paraplu van mentale hygiëne.

Deze ontwikkeling viel globaal samen met de wetenschappelijke opkomst van statistiek als methode met toepassingen op verschillende sociale gebieden. Sommigen meenden zelfs dat statistiek de politiek overbodig zou maken: met genoeg cijfers zou het beste beleid vanzelf duidelijk worden (*Big Data avant la lettre*). De AMPA wilde hier aanvankelijk niet aan meewerken, omdat er geen sprake was van enige overeenstemming over één taxonomisch systeem. Pas bij toenemende druk vanuit de overheid en het besef dat de wetenschappelijke reputatie van de vereniging op het spel stond, ging de AMPA overstag.

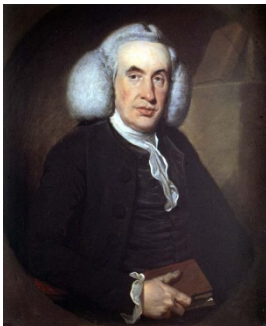
Op pagina 12 van de eerste *Statistical Manual* vinden we al het overzicht van de classificatie. Deze bestaat grotendeels uit psychosen die gekarakteriseerd worden als o.a. traumatisch, seniel, geassocieerd met verschillende somatische aandoeningen, alcoholisch, drugs- of toxine-gerelateerd, of manisch-depressief, daarnaast o.a. uit generale paresse, involutionele melancholie, dementia praecox, psychoneurosen (waaronder histerie en neurasthenie), psychose met mentale deficiëntie, psychose met constitutionele psychopathische inferioriteit en géén psychiatrische stoornis. Het is interessant en illustratief om de omschrijvingen per stoornis te lezen.



De Statistical Manual was dus een van de eerste formele classificatiesystemen op nationaal niveau, maar was niet de eerste medische taxonomie van psychiatrische aandoeningen: in de 19^e eeuw ontwierpen individuele psychiaters, neurologen en gestichtsartsen hun eigen taxonomieën, terug te vinden in hun eigen leerboeken. Voor ons staat de classificatie van Kraepelin nog helder voor de geest, mede vanwege de epistemische overeenkomsten tussen zijn werk en die van de Neo-Kraepelianen bij de ontwikkeling van de DSM-III (waarover meer in een volgende aflevering). Maar medische taxonomie gaat verder terug, naar de 18^e eeuw en de periode waarin de invloed van (bij)geloof en de kerk afnamen, vooral in de landen die het meest door de Reformatie beïnvloed waren: Duitsland, Nederland, en Engeland.

Waar voorheen de goddelijke orde domineerde werd op basis van nauwkeurige observatie en theorievorming het medisch domein in kaart gebracht. Juist in deze landen ontstonden de eerste Westerse geneeskundige nosologieën. We treffen hier ook de eerste classificaties waarin geestesziekten apart gegroepeerd worden.

Neuroanatomische theorieën namen de plaats in van de humorale verklaringen (die nog tot diep in de 19^e eeuw invloedrijk bleven), naast psychologische theorieën gerelateerd aan de passies (liefde, woede). De meest invloedrijke algemeen medische nosologie van de 18e eeuw, en volgens historici de eerste waarin geestesziekten apart beschreven werden, was de *Synopsis Nosologicae Methodicae* van de Schot [William Cullen](#). En [ook deze kunt u zelf nalezen!](#) U moet wel uw Latijn een beetje ophalen.



Cullen was een van de eersten die de term neurose (de pathologie daarvan werd volgens hem verklaard door over- of onderstimulatie) gebruikte voor zenuwaandoeningen, in 4 vormen: coma, adynamia, spasme en vesania.

Onder vesania vielen aandoeningen van het intellectueel functioneren en het vermogen tot beoordeling: amentie, melancholie, manie en oneirodynie (gestoorde fantasie tijdens de slaap).

3) 1952 - Hans Eysenck: Werkt psychotherapie eigenlijk?

In 1952 publiceerde Eysenck een studie die als klassieker van de psychologie de geschiedenis zou ingaan: [The Effects of Psychotherapy: An Evaluation.](#) De in Londen gevestigde psycholoog legde 19 studies van behandel-effectiviteit onder de loep, waarin zowel psychoanalytische als eclecticische vormen van therapie waren vertegenwoordigd. Zijn conclusie was vernietigend:

“The studies fail to prove that psychotherapy, Freudian or otherwise, facilitates the recovery of neurotic patients. They show that roughly two-thirds of a group of neurotic patients will recover or improve to a marked extent within about two years of the onset of their illness, whether they are treated by means of psychotherapy or not.”



De bevindingen, zo schreef Eysenck, zouden vanwege hun hoopvolle bericht -neurotische problematiek herstelt in twee-derde van de gevallen- verwelkomd worden door patiënten, maar minder door de psychotherapeuten.

De gemeenschap der therapeuten was inderdaad geschokt (al had het artikel indertijd weinig effect op het sterke publieke imago van psychiatrie en psychoanalyse) en ging hard aan het werk om te bewijzen dat Eysenck het fout had. Een aantal kleine reviews verscheen in de jaren zeventig, maar met te kleine groepen om Eysenck's conclusies te ontkrachten.

Pas 25 jaar later, nadat [Gene Glass](#) de methoden van meta-analyse ontwikkelde, konden individuele studies statistisch geïntegreerd worden zodat er een algehele interpretatie van het effect van een interventie versus controlegroep gedaan kon worden. Samen met Mary Lee Smith voerde hij de eerste meta-analyse uit van psychotherapie outcome studies, waarbij ze 400 gecontroleerde trials includeerden, in totaal ongeveer 50.000 patiënten. Ze kwamen uit op een effect size van 0.68. De gemiddelde patiënt die therapie ontving was ongeveer 75% beter af dan de controlegroep. Eysenck had het mis.

Althans, volgens sommige gretige lezers. Maar de auteurs zelf hadden al gewezen op kwetsbaarheden van de meta-analyses en terughoudendheid bij de interpretatie (net als bij de interpretatie van de studie van Eysenck). De termen 'garbage in', garbage out' en 'appels met peren vergelijken' zijn in dit verband relevant, net als het 'ladeprobleem': het missen van -waarschijnlijk negatieve- ongepubliceerde studies.

Inmiddels zijn er methoden ontwikkeld om de factoren die tot methodologische problemen leidden te identificeren en de mate van hun invloed op de effecten in te schatten. Cuijpers et. al. verrichten deze exercitie voor psychotherapeutische behandeling van depressie bij volwassenen in een studie uit 2019, en vonden een unadjusted effect size van 0.70, en een adjusted effect size van 0.31. Dit weliswaar kleine effect ligt boven de drempel van een minimaal belangrijk effect, volgens de auteurs, maar toch kan niet geconcludeerd worden dat Eysenck fout zat, omdat niet voor alle bias gecontroleerd kon worden.

The debate continues, en voor een recente steen in deze vijver kunt u terecht bij [Flip Jan van Oenen](#). Een zeer lezenswaardige reactie daarop van Henk Kik vindt u [hier](#).

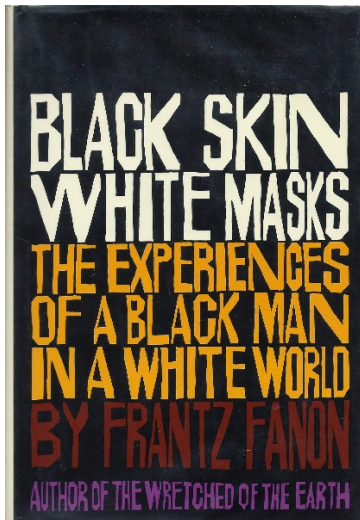
Voor een indruk van Eysenck's ideeën in de jaren vijftig kunt u zijn boek *Uses and Abuses of Psychology* (1953) [online lezen](#).

4) 1952 - Frantz Fanon: *Peau noire, masques blancs*

Tot nu toe heeft de Tijdlijn zich exclusief gefocust op Europese en Amerikaanse psychiatrie. Sterk samengevat maakte het kwartiermaken voor het medisch beheer van de gestichten in de negentiende eeuw plaats voor expansie van de psychiatrie buiten de gestichten in de twintigste eeuw, met nieuwe domeinen (zoals de neurosen en de psychohygiëne) en nieuwe middelen (psychoanalyse en de psychotherapeutische vertakkingen, de sociale psychiatrie, en somatische behandelingen). Maar de psychiatrie werd, via kolonialisme, ook buiten het Westen verspreid.

In de Britse koloniën waar de oorspronkelijke bevolking deels uitgeroeid en deels gemarginaliseerd was, werden gestichten opgezet naar Brits model. Het aandeel van 'overlastveroorzakers' lijkt daar groter te zijn geweest dan in de vaderlandse gestichten. Robbeneiland begon als een algemeen hospitaal in 1846, maar functioneerde vooral als opbergplaats voor de ongewensten: lepralijders, chronisch zieken, en krankzinnigen.

In koloniën waar zich slechts een kleine gemeenschap aan blanken administrateurs bevond, verschenen gestichten nog later, aan het begin van de twintigste eeuw, met dezelfde bewaarplaats functie. Pas vanaf het midden van de jaren dertig werden enige investeringen gedaan in de richting van een therapeutisch regime maar dit bleef vooral gebarenpolitiek. In de praktijk werden mensen met psychische aandoeningen in deze landen, zoals in het Westen vóór de medische transitie van de negentiende eeuw, vooral opgevangen worden door hun familie, ondersteund door hun stam en de daaraan verbonden genezers, die gebruik maakten van geneeskrachtige kruiden en rituelen. Blanke krankzinnigen werden doorgaans zo snel mogelijk teruggevoerd naar Groot-Brittannië om aldaar behandeld te worden, zodat het beeld van de superieure blanke man niet verstoord werd.



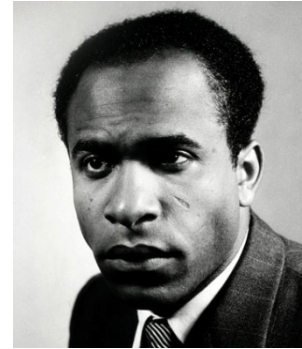
Frankrijk vestigde ook koloniale gestichten in Noord-Afrika en Indochina. Deze gestichten stonden grotendeels buiten de lokale gemeenschap. In één van deze gestichten werd in 1953 een jonge psychiater uit Martinique aangesteld, [Frantz Fanon](#). Fanon had een jaar eerder [Peau noire, masques blancs](#) gepubliceerd, deel van een kwartet boeken die hem tot een van de belangrijkste denkers rond kolonialisme maakten.

In dit eerste boek onderzocht hij de negatieve psychologische effecten van koloniale onderwerping op de zwarte bevolking. Fanon paste psychoanalytische theorie toe op de ervaring van de onderdrukte zwarte mens. Die werd gezien als een wezen met een inferieure status in een blanke wereld, en in het boek beschrijft Fanon hoe de zwarte mens deze wereld navigeert door een uitvoering van 'Whiteness'. Dit verloopt ook via scholing en opleiding:

"Mastery of language of the white colonizer for the sake of recognition as white reflects a dependency that subordinates the black's humanity."

Fanon beschreef voorbeelden van discriminatie en racisme in Frankrijk en maakte duidelijk dat ondanks assimilatie een zwart persoon nooit geheel kon integreren in de blanke wereld. Na zijn aanstelling desegregeerde Fanon direct de populatie in het gesticht. Toen de Algerijnse Onafhankelijkheidsoorlog uitbrak en hij ontdekte dat de Fransen foltering toepasten (hij behandelde zelf slachtoffers daarvan), zegde hij zijn functie op en sloot zich aan bij de Algerijnse Nationale Bevrijdings Front.

Tijdens de oorlog werd leukemie gediagnosticeerd bij Fanon. Met bemiddeling van de CIA werd hij in 1961 naar de VS gevlogen om dar behandeld te worden. Hij overleed in hetzelfde jaar in Bethesda, Maryland, maar niet voordat zijn laatste werk, [*The Wretched of the Earth*](#), werd gepubliceerd. In dit boek verdedigt Fanon het recht van gekoloniseerde volken om geweld te gebruiken om onafhankelijkheid te bevechten. Mensen die door de kolonist niet als menswaardig worden gezien zouden zich niet moeten laten beperken door humanistische principes in hun omgang daarmee. Om Michelle Obama te parafraseren: *“If they go low, you go low.”*



Fanon had een grote invloed op het (post)koloniaal fdebat, en op verschillende koloniale bevrijdingsbewegingen. *Les damnés de la terre* beïnvloedde het denken van mensen als Steve Biko, Che Guevara en Macolm X, vooral zijn ideeën over ‘zwart bewustzijn’. Meer over Fanon’s bijdrage aan de psychiatrie vindt u [hier](#), [hier](#) en [hier](#), een meer uitvoerige bespreking van zijn werk vindt u bij de [Stanford Encyclopedia of Philosophy](#).

5) 1953 - Largactil verschijnt op de markt

Chloorpromazine was de eerste van de fenothiazines die volgens de overlevering een revolutie in de psychiatrische praktijk teweegbrachten en de deinstitutionalisering in gang zetten. De werkelijkheid ligt genuanceerder: psychofarmacologie ging in toenemende mate een centrale rol spelen in de psychiatrie, maar de rol daarvan bij de exodus uit de gestichten wordt betwist.

Vanzelfsprekend was chloorpromazine niet het eerste 'medicijn' dat door psychiaters, zenuw- en gestichtsartsen werd gebruikt bij de behandeling van krankzinnigheid. In de 19^e en de vroege 20^{ste} eeuw werd chloraal als sedativum toegepast in de gestichten, naast paraldehyde, methyleenblauw, barbituraten (e.g. Veronal 1903), opiaten, bromides, tonica (e.g. cyproheptadine) en anticholinerge middelen. De nare geur van paraldehyde werd na de komst van chloorpromazine verdreven.

Het veld van farmacologie kende vanaf de jaren dertig een stormachtige ontwikkeling. De eerste 'silver bullet', sulfonamide, werd in 1935 door Farben geproduceerd, en bleek effectief tegen sepsis, wat tevoren doorgaans een fatale afloop kende. Uit de sulfonamides werden de sulfonyleureas ontwikkeld, de eerste noninsuline behandelingen voor diabetes. Daaruit kwamen weer de thiazides voort, die breed werden ingezet tegen hypertensie. Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd fors geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe antibiotica, resulterend in o.a. streptomycine.

De Franse farmaceut Rhône-Poulenc was wereldleider op het gebied van tropische infecties. Haar onderzoekers ontwikkelden anthelminthica tegen wormen en ander darmparasieten. Omdat methyleenblauw enig anti parasitair effect liet zien, isoleerden en testten zij de fenothiazine nucleus daarvan. Die bleek soortgelijke, maar niet betere, effecten als methyleenblauw te hebben. Tegelijk was een andere tak van het bedrijf (met [Bovet](#), [Halpern](#), Ducrot e.a.) aan het werk met antihistaminica (in de jaren 40 hadden de eerste klinisch werkzame ontwikkeld). Halpern en Ducrot checkten ook of de phenothiazinen ook antihistamine effecten vertoonden, en dat bleek het geval te zijn.

In deze periode was de belangstelling voor en opwinding over de therapeutische waarde van antihistaminica groot: Bovet ontving in 1957 de Nobelprijs, terwijl James Black, die verschillen tussen histamine receptoren onderzocht, eveneens daarmee geëerd werd.

Promethazine bleek sedatieve effecten te hebben en werd direct ingezet in vormen van slaaptherapie. In 1950 rapporteerde Paul Guiraud, een Parijse psychiater, over de gunstige effecten ervan op schizofrenie. Maar Rhône-Poulenc was niet geïnteresseerd in nerveuze aandoeningen, maar in de toepassing van antihistamines bij chirurgie.



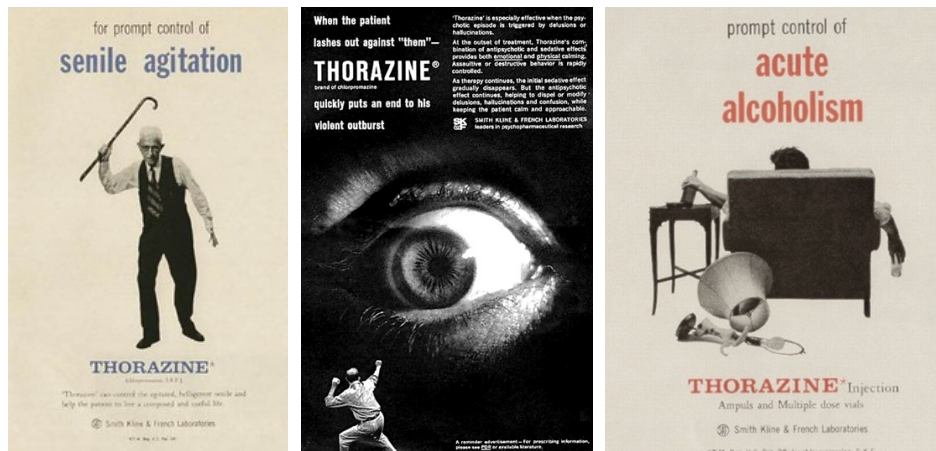
In Parijs werkten Pierre Huguenard, een anesthesist, en Henri Laborit, aan sedativa ten bate van anesthesie. Toen Huguenard een van zijn verpleegkundigen aan de neus moest opereren, kwam hij voor het probleem te staan dat hij haar geen anesthesiemasker op kon doen.

Hij maakte een cocktail van promethazine en pethidine, wat tot zijn verbazing (de vrouw was tevoren nogal gespannen en bang voor de ingreep) ertoe leidde dat de patiënte ontspannen en onaangedaan de operatie onderging.

Hij meldde deze opvallende uitkomst aan zijn collega-chirurg Laborit. Laborit was een militaire chirurg in een tijd dat chirurgen ook verantwoordelijk waren voor anesthesie. Hij probeerde de combinatie uit met soortgelijke effecten, en suggereerde aan Rhône-Poulenc dat ze de stabiliserende effecten op het centraal zenuwstelsel moesten onderzoeken.

Charpentier ontwikkelde een nieuwe serie fenothiazine verbindingen en in 1951 testte Simone Courvoisier ze op ratten voor hun antihistaminerge effecten, waarbij ook een gedragsexperimenteel model werd gebruikt. RP 4560, oftewel chloorpromazine, bleek verrassende eigenschappen te hebben: het maakte de effecten van epinefrine ongedaan, potentieerde barbituraten en bracht een vorm van onverschilligheid teweeg.

Het eerste enthousiasme over chloorpromazine betrof dus het potentieel gebruik ervan in de chirurgie. Een groot onderzoek werd gestart door Leonard Steen bij Maimonides Hospital in New York, die gunstige effecten bij cardiale chirurgie rapporteerde. Laborit gaf het ook aan een vriend, de psychiater Cornelia Quarti, die naar toenmalig gebruik het middel op zichzelf uittestte. Behalve enige onverschilligheid en wat rusteloosheid merkte ze weinig.



Thorazine advertenties. Thorazine was de merknaam van chloorpromazine

Vanwege de onverschilligheid had Laborit al het gebruik ervan aanbevolen in gevechtssituaties (chloorpromazine werd in de medische uitrusting van soldaten in de Koreaanse oorlog geïncorporeerd), en vertelde over zijn bevindingen tegen een andere arts, Pierre Hamon, psychiater aan het Val de Grace Militair Hospitaal in Parijs.

Samen met collega's Paraire en Velluz probeerde Hamon bij patiënten met het middel een slaapkuur te induceren. De eerste psychiatrische patiënt die het middel ontving was een zekere Bernard P., die aan manie leed. Hij kreeg een combinatie van chloorpromazine, barbituraten, en andere drugs, met goed effect. Niet veel later probeerde Pierre Daniker hetzelfde aan een grotere, academisch ziekenhuis (St. Anne). Waar bij de slaapkuur de temperatuur van de patiënt kunstmatig met ijs verlaagd werd, lukte het de apotheek van het ziekenhuis niet deze op tijd te leveren, zodat chloorpromazine nu voor het eerst als enig middel werd gegeven. Het effect op de agitatie en ontremming van manische toestanden was buitengewoon, en waar deze patiënten tot dan zeer impopulair waren bij artsen, begonnen tot verrassing van Deniker zijn jongere collega's zich te melden om deze patiënten op hun afdelingen over te nemen.

De psychofarmacologische revolutie was begonnen.

6) 1955 - Herbert Marcuse: Eros and Civilization

In de naoorlogse periode was er sprake van veel optimisme over wat de inzichten van psychoanalyse, zijn vertakkingen, andere psychotherapieën en ontwikkelingspsychologische theorieën de maatschappij te bieden hadden. De expansie van psychiatrie en psychologie in praktische zin in 'community mental health', sociale psychiatrie en andere opvoedpraktijken, werd misschien nog wel overschaduwd door de conceptuele expansie: de plaats die psychologische theorieën (vooral psychoanalyse) ging innemen in het intellectuele discours (en daarop aansluitend het publieke debat, via de rol van 'public experts' zoals Benjamin Spock, Bruno Bettelheim en William Menninger).

Psychoanalytische theorie werd op allerlei andere domeinen toegepast zoals (politieke) filosofie en sociologie, en dergelijke uitwerkingen leidden tot een aantal invloedrijke (en commercieel succesvolle) publicaties, zoals *Life Against Death* van [Norman Brown](#), *Freud and Philosophy* van [Paul Ricoeur](#), en *Eros and Civilization* van de Duitse filosoof [Herbert Marcuse](#).

In *Eros and Civilization* poogt Marcuse een synthese tot stand te brengen tussen de werken van Marx en Freud. De titel verwijst natuurlijk naar Freud's *Civilization and its Discontents* en het werk is een reactie op het pessimisme daarin, vooral de gedachte dat beschaving noodzakelijkerwijs leidt tot steeds meer repressie van instinctuele menselijke driften. Marcuse betoogde echter dat menselijke instincten niet alleen biologisch vastlagen, maar ook sociaal waren, historisch bepaald en veranderlijk.

Marcuse wilde ook laten zien dat de repressieve maatschappij ook de mogelijkheid van de afschaffing van repressie tot stand brengt. Volgens Marcuse drukken de psychologische driften die Freud postuleerde verlangens uit die niet vervuld kunnen worden binnen de psychologische beperkingen die aan individuen opgelegd worden in kapitalistische vormen van sociale organisatie.



Waar Freud therapie adviseerde om het individu zich (via repressie) te laten aanpassen aan de maatschappij, pleitte Marcuse voor politieke verandering. NeoFreudianen richtten zich in zijn optiek teveel op het individu en negeerden het sociologische deel van Freud's theorieën. Marcuse ontkent de centraliteit van de pleasure principle (en de noodzaak van beperking daarvan door de reality principle die door de maatschappij geleverd wordt).

Hij postuleert in plaats daarvan het Nirvana principe: de drift naar balans en evenwicht in het leven, de homeostase die gevonden wordt in de baarmoeder. De structuur van de psyche, betoogt Marcuse, is geen biologische noodzaak, maar is gevormd door onze sociale organisatie, die in zichzelf destructief is in de vorm van de constante druk op productiviteit, de vernietiging van de natuur, hiërarchische structuren en machtsuitoefening, en gebruik van staatsgelegitimeerd geweld.

Voor Marcuse betekent vrijheid de bevrijding van het pleasure principle. De beperking daarvan die noodzakelijk is om samen te leven put Marcuse uit het werk van Marx. Kapitalisme, schrijft Marcuse, levert een surplus aan repressie op, niet gericht aan basale noden, maar aan de instrumentele waarde van het individu voor het (kapitalistische) sociale apparaat.

Hier vinden de grootste spanningen tussen individu en context op, en spanningen binnen het individu. De weg daaruit, zo schrijft Marcuse, kan tot stand komen als de krachten van Logos en Eros weer op gelijke voet komen te staan, terwijl het driftleven nooit geheel onderdrukt kan worden en middels fantasie en imaginatie kan leiden tot nieuwe visies op de toekomst.

Zijn sociale kritiek werkte Marcuse verder uit in zijn meest invloedrijke werk, *One-Dimensional Man*, waarmee hij een geestelijk vader werd van de opkomende antiautoritaire, kritische studentenbeweging van de jaren zestig.

Nadere uitleg over dit werk vindt u in [deze video](#). Meer over Marcuse's theorieën [bij de Stanford Encyclopedie](#).

7) 1956 - In het belang van het kind (2): de Adoptiewet

De totstandkoming van de Nederlandse Adoptiewet (1956) kent een lange voorgeschiedenis. In de laatste decennia van de negentiende eeuw discussieerden staatsrechtgeleerden over onderwerpen als 'ouderlijke macht', het 'natuurlijke recht der ouders', de rechten en plichten van de overheid en de (on)aantastbaarheid van het ouderlijk gezag. Ontneming van de ouderlijke macht kon door een rechter op drie rechtsgronden worden uitgesproken:

- 1) Bekend slecht levensgedrag;
- 2) Verregaande verwaarlozing van de verplichting tot onderhoud en opvoeding;
- 3) Het uit winstbejag noodzaken van het kind tot overmatig arbeid

(Cloeck, 1946)

Ingrijpen van de overheid in de ouderlijke macht was toegestaan, indien aangetoond kon worden dat de ouders *'onrechtmatig gebruik maken van hun recht'* en als *'de kinderen zich zóó misdragen, dat het vermoeden gegrond is, dat zij als misdadigers zullen opgroeien'*, zo luidde de wet aan het begin van de twintigste eeuw.

Ongehuwde moeders werden lange tijd gezien als 'gevallen vrouwen', omdat zij buiten het huwelijk om gemeenschap hadden gehad. Dit strookte niet met het burgerlijke huwelijksideaal en de maatschappelijk gewenste rol als 'huisvrouw'. Vanuit protestants-christelijke en rooms-katholieke kring werden gevallen vrouwen bijgestaan.

Eenzijds hield deze maatschappelijke hulp in dat men deze kwetsbare groep vrouwen wilde 'redden'; het bijstaan en het opvangen van een medemens in nood werden als een christelijke plicht gezien. Anderzijds stond men ook op het standpunt dat deze groep vrouwen een bedreiging vormde voor de morele orde en daarom (her)opgevoed diende te worden. Deze opvang en (her-)opvoeding vond plaats in protestants-christelijke, rooms-katholieke of levensbeschouwelijk-neutrale tehuizen.



In zijn studie *Adoptie als vraagstuk van kindbescherming* (1946) beschreef H.P. Cloeck de ongehuwde moeder in vooroorlogs Nederland. Het milieu waarin zij opgroeide, noemde hij dikwijls '*niet gunstig*'. Deze moeders waren vaak afkomstig uit '*de stand der ongeschoolde arbeiders*'; evenals de meeste vaders, die ook vaak ongeschoold waren. Tevens bekeek hij de aanleg (de begaafdheid) van deze groep vrouwen. Deze ongehuwde, jonge moeders waren vaak, in Cloecks woorden, '*intellectueel onvolwaardig*'. Vrouwen met een '*normaal gevoelsleven*' hadden meer ontwikkelde psychische remmingen dan een '*geestelijk abnormale of zielszieke vrouw*'.

De totstandkoming van de Adoptiewet van 1956 hing samen met de Kinderwetten aan het begin van de twintigste eeuw. Het belangrijkste kenmerk van deze wetgeving was dat het kind beschermd en waar nodig gered diende te worden wanneer de ouders het kind pedagogisch en/of fysiek verwaarloosden. Op last van de rechter konden kinderen uit huis worden geplaatst en (tijdelijk) in een tehuis of een pleeggezin worden ondergebracht.

De wetgever omschreef overigens ook dat de rechten die de ouders waren ontnomen, weer hersteld zouden kunnen worden; in de discussies indertijd voorafgaand aan de Kinderwetten werd dit het '*natuurlijke recht der ouders*' genoemd (Cloeck, 1946). De onaantastbaarheid van het ouderlijk gezag verdween dus na de invoering van de Kinderwet in 1905.

In de voor- en naoorlogse literatuur werd uitgebreid de positie van 'derden', de pleegouders, besproken. Volgens deze literatuur was hun positie niet benijdenswaardig: een pleegkind dat soms jarenlang in een pleeggezin verbleef, kon, als de rechter van oordeel was dat er geen gegronde vrees voor verwaarlozing meer bestond, door de biologische ouders worden teruggeëist. In de discussies voorafgaand aan de Adoptiewet werd vaak gerefereerd aan de onaangename, onzekere positie die het pleegouderschap met zich meebracht. Het gevaar dat een pleegkind moest terugkeren naar de biologische ouders lag altijd op de loer. Adoptie zou deze onzekere situatie voor pleegouders kunnen verbeteren.

Op 1 november 1956 trad in Nederland de Adoptiewet in werking. Tijdens de discussies op de bijeenkomsten waar de beoogde Adoptiewet het gespreksonderwerp was, werd onder meer benadrukt dat de wet een zegen voor de pleegouders annex adoptieouders zou zijn. Vrouwelijke juristen en maatschappelijk werkers wezen er echter op, dat de adoptie een puur praktische oplossing zou zijn voor een ingewikkeld juridisch én vooral emotioneel vraagstuk. De wet zou geen rekening gaan houden met het 'gevoelsmotief' van de biologische moeder: meerdere malen werd tijdens bijeenkomsten aangegeven dat de 'natuurlijke banden' tussen moeder en kind moesten blijven bestaan.

Dit was aan het begin van de twintigste eeuw overigens ook de insteek van de Kinderwetten. Ook aan de ter adoptie afgestane kinderen werd door de critici gedacht: 'het ouderlijk milieu, hoe slecht ook, blijft trekken'. De Adoptiewet werd door de 'onherroepelijkheid' ervan diverse keren vergeleken met de doodstraf. In weerwil van hun kritiek, werden de natuurlijke (bloed-)band tussen moeder en kind door de Adoptiewet afgesneden. Vanaf de invoering van de Adoptiewet werden er nog regelmatig bijeenkomsten georganiseerd over de wet (de 'voorgescreven orde') en de 'geleefde praktijk' van adoptie. De wet, zo werd door sommige hulpverleners in de praktijk gezegd, was er vooral voor het kind en, in het kielzog van het kind, de adoptieouders; de biologische moeder kwam niet in beeld.

In de volgende aflevering komen we terug op de adoptiepraktijk vanaf de jaren vijftig, die nu zeer controversieel is vanwege de ervaringen van 'afstandsmoeders' die hun kind onder drang of dwang (momenteel onder de rechter) af moesten staan.

Bronnen:

- Van den Boomen et al. 2017. *Beklemd in de scharnieren van de tijd*. Beleid, praktijk en ervaringen van afstand ter adoptie door niet-gehuwde moeders in Nederland tussen 1956 en 1984.' (WODC, 2017) Online beschikbaar [hier](#).
- <https://www.trouw.nl/binnenland/hoe-afstand-doen-van-je-kind-de-norm-werd~be36b1a0/>
- <https://anderetijden.nl/aflevering/451/Afstandsmoeders>

8) 1957 - Thomas Rees: *Back to Moral Treatment and Community Care*

Op 1 juli 1956 hield Thomas Percy Rees, medical superintendent van de Warlingham Park Hospital te Croydon in Surrey, zijn presidentiële rede tijdens het 115ste nationale congres van de Royal Medico-Psychological Association. Zoals eerdere presidenten wierp hij eerst een blik terug voor hij zijn toekomstvisie uiteenzette, en citeerde voorgangers, 'vooruitziende pioniers die hielpen de psychiatrie van vandaag te vormen', zoals Samuel Hitch van Gloucester Asylum, die volgens Rees zijn tijd ver vooruit was.



THOMAS PERCY REES
President, 1956-57

[Crown Copyright Reserved]

Zo tekende een collega in 1841 op dat Hitch vooral vertrouwen in zijn patiënten centraal stelde: *"In one respect I pride myself in having gone far beyond all other asylum doctors, and that is to the extent to which I trust my patients; whenever possible I put them on their honour: I never refuse to take a patient's word as a pledge that he will keep a promise. Following this principle I can assure you that at least a fifth part of my patients are under no restriction whatever."*

Rees citeert ook uit het de aantekeningen van Charles Dickens bij zijn bezoek aan de Boston State Mental Hospital (1842): *"The State Hospital for the Insane is admirably conducted on those enlightened principles of conciliation and kindness, which twenty years ago would have been worse than heretical... At every meal, moral influence alone restrains the more violent among them from cutting the throats of the rest, but the effect of that influence is reduced to an absolute certainty, and is found, even as a means of restraint to say nothing of it as a means of cure, a hundred times more efficacious than all the strait waistcoats, fetters and hand-cuffs, that ignorance, prejudice and cruelty have manufactured since the creation of the world."* De oorspronkelijke tekst van Dickens vindt u [hier](#).

Rees citeert nog verder uit voorbeelden van de 19^e-eeuwse zedenkundige behandeling die in een 'therapeutische gemeenschap', zoals hij dat betitelt, plaatsvond, en trekt het parallel naar het heden:

"I am firmly of the opinion that even today the most important single factor in determining the patients' happiness and progress is sound medical administration, such as was taught over a hundred years ago. There is indeed nothing new in the concepts of the open door and the therapeutic community. These modern trends in psychiatry are, however, an indication of a return to what was best during the era of "the moral treatment of the insane".

In zijn samenvatting van de psychiatrie van de negentiende eeuw beschrijft Rees de zedenkundige behandeling als behandeling die aansloot bij de gedachte dat krankzinnigen normale mensen waren die redeloos geworden waren door blootstelling aan ernstige psychologische en sociale stress: de morele oorzaken van waanzin. Morele (zedenkundige) behandeling adresseerde dit middels vriendelijke

associatie, persoonlijke bespreking van moeilijkheden en dagelijkse zinvolle activiteiten. Oftewel: sociale therapie, individuele therapie, en bezigheidstherapie.

Rees beschrijft de teruggang van de zedenkundige behandeling in de tweede helft van de negentiende eeuw, deels te wijten aan overbevolking in de gestichten. De arts, zo sprak Rees, bewoog zich steeds verder weg van zijn patiënten, en liet ze over aan de begeleiding van grotendeels ongetrainde medewerkers. Dit ging gepaard met de terugkeer van de dwangbuis en andere vormen van *restraint*.

De moderne psychiatrie vanuit het perspectief van 1956 begon met de malariatherapie van Wagner Jauregg, de opkomst van de actieve therapie, en de behandeling van general paralysis met antibiotica. Somatische behandelingen zoals ECT hadden een revolutionair effect: waar Rees eerder samen met zijn staf grote zorgen had rond de behandeling en begeleiding van tientallen ernstig suïcidale patiënten, kon nu een groot deel van de depressieve patiënten in een algemeen ziekenhuis met ECT behandeld worden, en meldde hij dat hij op dat moment niet één patiënt had die onder constante supervisie verkeerde. Rees merkt ook nog op dat, ondanks de stevige kritiek op hun onzorgvuldige toepassing, prefrontale leucotomie en insulinekuur nog niet verworpen zouden moeten worden, vanwege het beperkte beschikbare therapeutisch arsenaal bij sommige aandoeningen.

De moderne zedenkundige behandeling, schrijft Rees, kreeg in het Verenigd Koninkrijk een aftrap in 1928, toen een groep geneesheer-directeuren een bezoek brachten aan verschillende Nederlandse gestichten, en verbijsterd terugkeerden: de Nederlandse gestichten waren een 'hive of activity' waar zelfs de vergevorderde schizofrenen hard aan het werk waren.

De basisgedachte is dat het van patiënten die naar het gesticht komen om te leren leven met andere mensen, redelijk is te verwachten dat ze bijdragen aan het welzijn van de gemeenschap waarin ze leven. Die rol van de patiënt als actief lid van het 'team van het ziekenhuis' leidt tot het concept van het psychiatrisch ziekenhuis als een therapeutische gemeenschap, en een instrument van behandeling op zich.

Wij artsen, schrijft Rees, overschatten het belang van het uurtje dat we per dag, week, maand of half jaar met de patiënt doorbrengen, in vergelijking met wat daartussen gebeurt. Rees geeft blijk van een systemische blik als hij schrijft dat de relaties tussen de geneesheer-directeur en zijn staf weerspiegeld zullen worden in die tussen staf en verpleegkundigen, tussen verpleegkundigen en patiënten, en tussen de patiënten onderling. De logische uitkomst van dit systemisch perspectief op een gemeenschap in het gesticht, was om deze niet los van de bredere gemeenschap en maatschappij te zien. Daarom diende de psychiatrie van het gesticht zich ook te verbinden met de gemeenschap en community care te organiseren, zodat patiënten buiten het gesticht konden verblijven:

"Judging by what one reads, there appear to be some people who think that all we need to put the mental hospitals right are bricks and brawn, more bricks for bigger and better mental hospitals, and the brawny pairs of arms and hands of nursing assistants for washing, dressing and restraining the patients within their walls. I prefer to put my faith in brains, the brains of doctors and mental nurses, who will teach the patient to wash and dress himself, his relatives to tolerate his shortcomings, and restore him to play his full part in the society to which he belongs."

9) 1959 - Overeenkomst over honorering kortdurende psychotherapie

Er is een opvallende discrepantie te lezen in Jozef Vos' beschrijving van de naoorlogse wederwaardigheden in en rond de NVvPN. Terwijl zich rond de vereniging allerlei maatschappelijke ontwikkelingen voordoen, de sociale psychiatrie op gang komt, en psychoanalytische en ontwikkelingspsychologische theorieën op diverse politieke terreinen ingang vinden, is van deze ontwikkelingen weinig te vinden in interne documenten van de vereniging. De vereniging, die zoals eerder beschreven slechts schoorvoetend en voorwaardelijk bezig hield met de sociale psychiatrie (die vooral in handen lag van de NFGV, waar Querido actief in was), was vooral druk met discussies over identiteit, grenzen en reikwijdte, toegespitst op drie kwesties: de verhouding tussen neurologie en psychiatrie (nog steeds onder één dak), de status en normering van psychotherapie, en de belangenbehartiging van zelfstandig gevestigde zenuwartsen.

De context van deze discussies was gelegen in een in principe positieve ontwikkeling, namelijk het Ziekenfondsbesluit van 1941, die erkenning betekende van de poliklinische en klinische zorg van medisch specialisten. De vrije markt van de zorg was beëindigd en verstrekkingspakketten werden nu centraal geregeld.

In 1949 werd een representatief opgestelde Ziekenfondsraad ingesteld. Maar honoraria waren nog afhankelijk van plaatselijke tariefstelsels. Onder de KNMG werden drie verenigingen opgericht, als zuiver belangenbehartigingsorganisaties, om met de lokale ziekenfondsen te onderhandelen:

- de Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV)
- de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)
- de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)



Er was geen formele vertegenwoordiging van de specialistische beroepsverenigingen in de LSV, maar de LSV kon hen wel om advies vragen. Het maakte dus nogal wat uit wie in de LSV zat, en welke belangen die vertegenwoordigde. Vooral voor de zelfstandig gevestigden was de LSV van belang. Maar zowel binnen de vereniging als binnen de kring der zenuwartsen lag er een slepend debat over psychotherapie: wie mocht deze uitvoeren, welke eisen werden er gesteld aan een psychotherapeut, en wie mocht het beheer voeren over de toelating?

De NVvPN had gepoogd om de opleiding in de psychotherapie een plaats te geven in het medisch-academisch curriculum, maar daarvoor was dan wel overeenstemming over deze punten nodig. Na de oorlog bleek dat de oude tegenstellingen tussen rekkelijken en preciezen, pluralisten en orthodoxen, onverminderd aanwezig waren.

Een commissie werd in het leven geroepen om zich over de kwestie te buigen, met een samenstelling die verschillende posities in dit debat vertegenwoordigde: Rümke, van der Horst en Carp (lid van de NVPT, die voor pluralisme op medisch-wetenschappelijke grondslag pleitte), Sillevius Smitt (hoogleraar neurologie, zag niks in psychoanalyse), Westerman Holstijn (rekkelijk), Engelhard (idem), Tas (verbindingsman) en Lampl-de Groot (lid Vereniging voor Psychoanalyse en orthodox).

Zoals te verwachten liepen de gemoederen op in de vergaderingen, waarbij Lampl-de Groot strak de alleenheerschappij van de Vereniging voor Psychoanalyse over de psychotherapie verdedigde. In het na twee jaar verschenen rapport was over een aantal zaken wel overeenstemming, maar niet over de inrichting van de opleiding psychotherapie. Aldus ontbrak een basis waarmee de NVvPN tot een integrale opleiding voor psychotherapie kon komen.

Rondom de ziekenfondshonorering van langdurige psychotherapie speelden zich soortgelijke schermutselingen af, die jarenlang voortsleepten. Ook hier ging het om de vraag wat gezien werd als noodzakelijke opleiding, in hoeverre leeraanlyse verplicht moest zijn, en wie de maatstaven mocht vaststellen. In 1953 stelde het bestuur vast dat een regeling voor langdurige psychotherapie voorlopig geen kans maakte, en stelde voor een regeling voor korte therapie aan te kaarten bij de LSV. Daar verzette H.A. van der Sterren, directeur van het Psychoanalytisch Instituut (de opleiding van de Vereniging voor Psychoanalyse) en lid van de LSV, zich tegen.

Door deze onenigheid weigerde de Ziekenfondsraad tot honorering over te gaan. Een compromisvoorstel werd in een special huishoudelijke vergadering in 1957 besproken en aangenomen. Het bevatte in elk geval een schijn van eensgezindheid. De NVvPN bleef in het overleg met de Ziekenfondsraad echter vasthouden aan de koppeling tussen lange en korte therapie. De achterban waardeerde dit, maar de vereniging liep een akkoord mis: op 1 juli 1959 sloten de LSV en de ziekenfondsen buiten de NVvPN om een overeenkomst over de honorering van kortdurende psychotherapie: maximaal tien zittingen van 45 minuten of vijftien van een halfuur gedurende één jaar.

Dan zijn we nog niet eens begonnen aan de discussies over de verhouding tussen neurologie en psychiatrie binnen de brede paraplu van de zenuw- en zielsziekten, die in het volgend decennium tot een scheiding zou leiden. Meer daarover de volgende keer.

10) 1960 - Een kort essay

In 1960 publiceerde een Hongaarse psychiater, werkzaam in de VS, een essay van een pagina of vijf in het niet al te modieuze tijdschrift *American Psychologist*. De titel was *'The Myth of Mental illness'*. Het artikel leverde niet veel consternatie op, maar dat zou de jaren daarna veranderen, zeker nadat de auteur zijn boek met dezelfde titel een jaar later publiceerde.

Vanzelfsprekend is het artikel online te vinden, en omdat bespreking van dit werk beter thuishoort in de bespreking van de 'roerige jaren zestig', krijgt u het mee als huiswerk voor volgende week. Bij [deze!](#)

