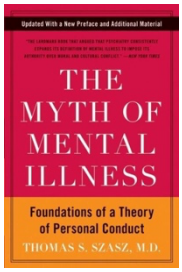
Uitwerking Tijdlijn NVvP 1961-1970

1) 1961 - De psychiatrie belaagd

De jaren zestig leven in onze herinnering voort als een tijd van grote sociale en culturele veranderingen. Voor Nederland geldt dat de jaren zestig zich wat omwentelingen betreft grotendeels in de jaren zeventig afspeelden. De focus zal deze week daarom iets meer internationaal gericht zijn. Een revolutionaire storm belaagde zeker ook de psychiatrie, en kwam vanuit verschillende hoeken. En terwijl we zeker personen en hun individuele ideeën kunnen aanwijzen die hierin een belangrijke rol hebben gespeeld, helpt de geschiedenis ons beseffen dat hun invloed alleen kon gelden op een getij van sociale, economische, en politieke processen.



De eerste klap was meteen een daalder waard: in zijn artikel en latere boek *The Myth of Mental Illness* stelde de van oorsprong Hongaarse psychiater Thomas Szasz de hele praktijk van de psychiatrie ter discussie. Szasz is vanwege zijn sterke associatie met 'de antipsychiatrie' in de beeldvorming van psychiaters tot een boeman gereduceerd, en daarom kan het geen kwaad zijn artikel te lezen, om te zien of de argumenten wel zo ongenuanceerd en ideologisch zijn als ze vaak worden afgeschilderd. Hier een korte weergave daarvan.

Szasz begint met te stellen dat geestesziekte een theoretisch concept is, niet een objectief feit, een verklaring, in principe *a priori* niet anders theoretische verklaringen voor ziekte als goden, heksen of micro-organismen. Hij zegt dat het concept zijn bruikbaarheid heeft verloren. Szasz betoogt dat het concept van geestesziekte zijn grondslag vindt in een vergelijking met aandoeningen zoals syfilis: ziekten van het brein, van het lichaam dus, niet van de geest. Veel psychiaters zijn materieel-reductionisten, wat dus betekent dat de essentie van geestesziekte volgens hun niet op het psychische vlak kan liggen.

"All problems in living are attributed to physicochemical processes which in due time will be discovered by medical research."

Dus wat mentale aandoeningen volgens deze visie gemeen hebben met (de rest van de) medische aandoeningen is hun essentieel materieel-biologische aard. Het enige verschil is dat geestesziekten zich primair via mentale symptomen manifesteren.

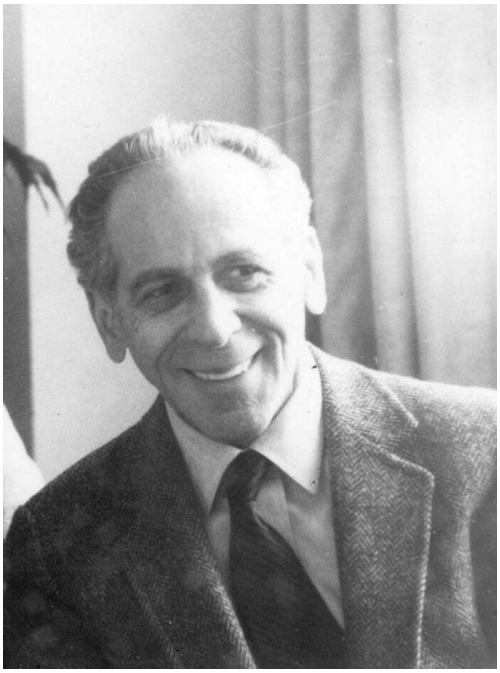
Szasz zegt vervolgens dat fenomenen in het psychisch gebied niet neurologisch verklaard *kunnen* worden. Daarna zegt hij dat de *normering* van geestesziekte (wanneer is daar wel of geen sprake van) in een sociaal-normatieve context ligt, en die van het lichaam in een anatomisch en genetische. Wat hij dus zegt is dat je niet al deze noties over geestesziekte tegelijk kunt volhouden: ze zijn inconsistent met elkaar. Vervolgens bekritiseert hij de circulaire reïficatie van de term 'geestesziekte', die eerst als een *shorthand* beschrijving is ingezet, maar vervolgens dienstdoet als verklaring.

Daarna contrasteert hij opnieuw het verschil in normen voor ziekte tussen 'fysieke' en 'mentale' ziekte, en het gebruik van sociale, ethische normen bij de laatste. Waarbij hij stelt dat medische ingrepen verondersteld worden 'vrij te zijn van brede verschillen in ethische waarden'.

Daarna stelt hij de vraag: wie beslist of iemand van die sociaal-ethische norm afwijkt? Dat kan de persoon zelf zijn, of iemand anders. De psychiater vervult die laatste rol vaak. Maar namens wie treedt de psychiater op? Szasz schetst scenario's waarin het optreden namens de patiënt in conflict komt met de waarden en belangen van de maatschappij, en concludeert dat als de psychiater besluit in te grijpen, een deviatie van sociale normen wordt opgelost via (ogenschijnlijk waardenvrije) medische actie. Maar dit is absurd, zegt Szasz, want medische acties lossen medische problemen op, niet maatschappelijke.

Szasz schrijft dat geneeskunde zich voordoet, of ernaar streeft, waardenvrij te zijn, wat hij als onmogelijk en onwenselijk besluit: de geneeskunde kan zich niet afsluiten van maatschappelijke waarden, en de psychiatrie al helemaal niet: het is meer intiem verbonden aan ethische problemen dan de rest van de geneeskunde. En omdat bij *problems of living* (inmiddels is duidelijk dat Szasz denkt dat dit concept het domein van geestesziekte definieert) waarden onvermijdelijk zijn, zijn de waardenperspectieven van de individuele psychiater wel degelijk relevant.

Vervolgens bekritiseert Szasz de eerste aanname, dat geestesziekten biologisch-materieel geworteld zijn. Als dat zo was, schrijft hij, zouden we er anderen mee kunnen aansteken, zouden we het hebben en kunnen overdragen, of zouden we het kunnen verwijderen. Maar elk bewijs voor een dergelijk bestaan van geestesziekte ontbreekt. Sterker nog, het bewijs gaat in een andere richting: geestesziekte bestaat vooral uit vormen van communicatie die onacceptabele ideeën uit, verpakt in een ongebruikelijk idioom. Fysieke ziekte verwijst doorgaans naar publiek toegankelijke (observeerbare) fysicochemische fenomenen, terwijl geestesziekte privaat en sociaalpsychologisch van aard is. De psychiater is een 'participant observer' in de diagnostiek, en dus is diens morele positie onontkoombaar relevant, anders dan in de rest van de geneeskunde.



De psychiater, zo is Szasz centrale argument, is de uitvoerder van een praktijk waarin (onvermijdelijke) maatschappelijke waardenconflicten onterecht worden getransformeerd tot (waardenvrije) ziekten. Het concept 'geestesziekte' bestaat aldus intrinsiek niet anders dan het concept 'heksen'. De fenomenen die we geestesziekten noemen, concludeert Szasz, zouden verwijderd moeten worden uit de categorie van ziekten, en toe moeten treden tot de categorie van uitdrukkingen van de menselijke worsteling met het probleem *hoe* te leven.

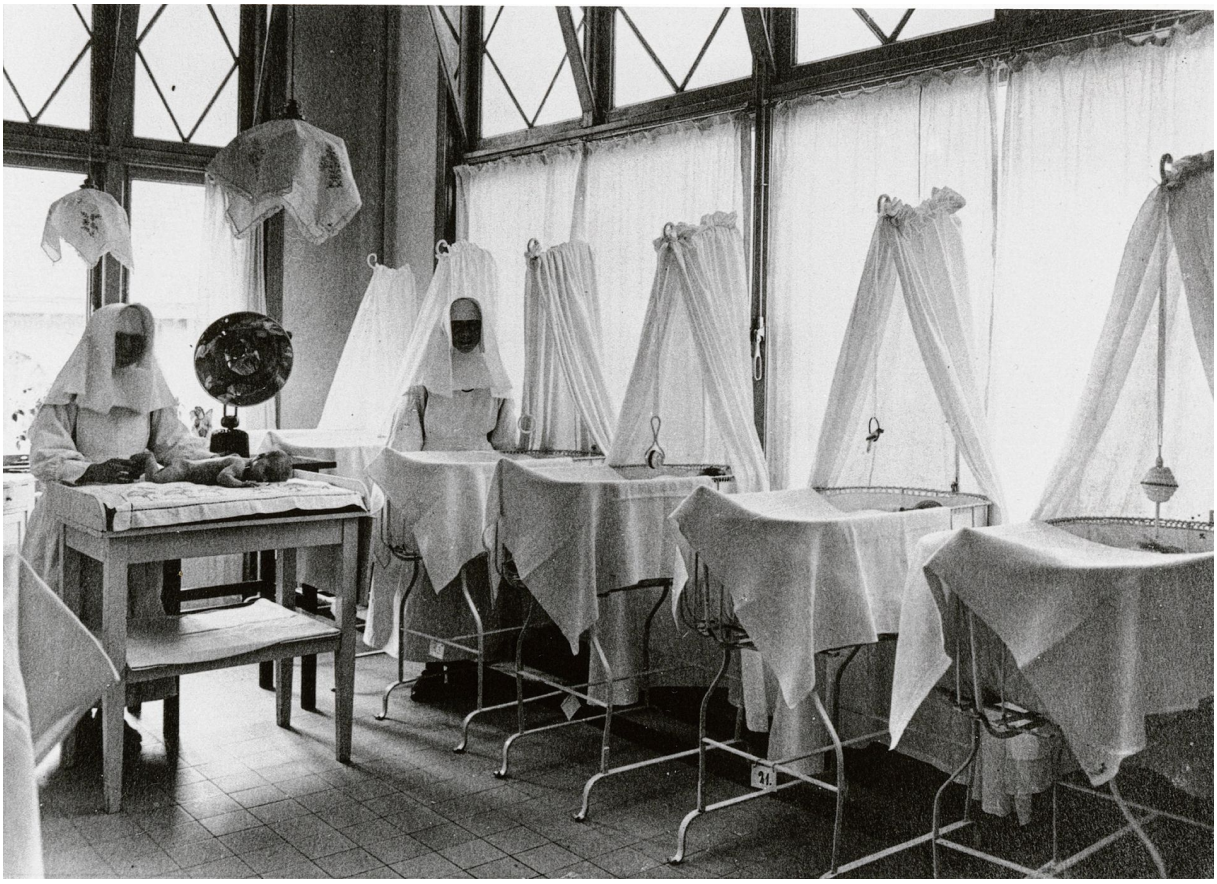
De ideeën van Szasz maakten heel wat los in de psychiatrische gemeenschap. We zullen verderop zien dat er goede redenen waren om kritisch te zijn op de maatschappelijke rol van de psychiatrie, maar voor nu laat ik achter met vragen: Wat vindt u van Szasz argumenten? Heeft hij een punt? Klopt er iets niet aan zijn redenering? Wat dan? Wat zou het antwoord moeten zijn hierop?

2) 1961 - Personeelsgebrek in de inrichtingen

In de periode van begin jaren vijftig tot in de jaren zestig was het tekort aan personeel in de intramurale GGZ groter dan ooit. Het betrof voor het grootste deel de verplegenden. Ongeveer één op de drie verplegende functies was vacant. Halverwege de jaren vijftig bedroeg het tekort in de algemene ziekenhuizen ca. 10%, in de psychiatrische inrichtingen 30%. Daar waren verschillende oorzaken voor: er was grote krapte op de arbeidsmarkt, zeker voor vrouwen, omdat het vrouwenoverschot gedaald was en de duur van opleidingen voor meisjes verlengd was. Daarnaast was de dienstensector in opkomst, waar aantrekkelijke banen beschikbaar kwamen.

De toename van zwakzinnigeninrichtingen zorgde ook voor toename van de vraag naar verpleegkundigen. Het feit dat leerlingen verplicht waren intern te wonen droeg niet bij aan de populariteit van werken in de GGZ, waar ook een moreel aspect bij kwam kijken, aangezien het ongepast werd gevonden dat vrouwen na het huwelijk buitenshuis zouden blijven werken (voor ambtenaren was dit zelfs wettelijk vastgelegd).

Daarnaast vormde het traditionele beeld van het vak van verpleegkundige als (morele) 'roeping' een rem op de financiële beloning. Het personeelstekort (dat niet overal even zwaar drukte) betekende dat de idealen van de actievere therapie en de 'heropvoedende' behandeling die in de naoorlogse periode usance geworden was in de inrichtingen, niet overal in gelijke mate toegepast kon worden; patiëntervaringen verschilden nogal.



In 1946 stelde de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen al dat de landelijke overheid een actievere rol moest spelen bij de uniformering van de rechtspositie van de verplegenden. In 1949 werd een nieuwe landelijke salarisregeling van kracht, met minimumbedragen. In de loop van de jaren vijftig stegen de minimumsalarissen van gediplomeerde verpleegkundigen in katholieke instellingen met 173% t.o.v. midden jaren veertig en de maximumsalarissen met 244%.

Echter elders in de maatschappij vonden ook grote loonsverhogingen plaats vanaf midden jaren vijftig, vanwege de algemene krapte op de arbeidsmarkt. Naast salarisverhoging werd werktijdverkorting als middel ingezet om de werkdruk te verlagen. In 1957 werd de 48-urige werkweek ingevoerd. In 1961 onderzocht econoom J. Soutendijk de gevolgen van invoering van een vijfdaagse, 45-urige werkweek.

Hij concludeerde dat het zou leiden tot een uitbreiding van de personeelsleden in verplegingsdienst met 8%, en een gemiddelde kostenstijging van fl0,30 per verpleegdag. Het personeelstekort zou zijns inziens toenemen. Ook de continuïteit van zorg zou onder druk komen te staan. Het tekort werd inderdaad niet minder en de voorspelde kostenstijging vond inderdaad plaats, met jaarlijkse stijgingen tussen 1955 en 1962.

In katholieke instellingen ondertussen was het aantal roepingen dalende sinds midden jaren vijftig. Sommige instellingen stootten bepaalde taken af (bijvoorbeeld wezenverpleging), andere namen meer leken in dienst, of zelfs verplegenden van het andere geslacht, wat weer de bouw van aparte slaapzalen noodzaakte.

Een andere maatregel in het kader van het personeelsgebrek was de aanstelling van vaklieden met affiniteit maar geen opleiding voor de psychiatrie. Deze ‘leken’ bleken (een parallel met latere ervaringswerkers en -deskundigen) patiënten minder als ‘zieke’ te beschouwen en meer appel te doen op hun kwaliteiten. Ze legden meer nadruk op opvoeding, passend bij de morele inkleuring van de actievere therapie. Vanaf 1955 werden in Wolfheze vakkrachten met een opleiding in muziek of creatieve vakken aangesteld.

Al met al was er dus sprake van kostenstijgingen in de inrichtingen die te maken hadden met salarisverhogingen en stijgende sociale lasten, die weer leidden tot veranderingen in het personeelsbestand, passend bij bredere maatschappelijke (economische) ontwikkelingen. De maatregelen waren echter onvoldoende om het personeelstekort geheel het hoofd te bieden.

3) 1961 - Erving Goffman: Asylums

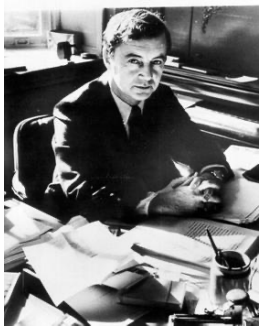
De opkomende beroepsgroep van sociologen deed interessant veldwerk in de vroege jaren zestig. Thomas Scheff ontwikkelde zijn ideeën over labeling theorie op basis van een veldstudie van 2 maanden in 3 state mental hospitals in het Midwesten van de VS, gefocust op het redeneren van psychiaters en rechters bij beoordelingen van gedwongen opnames. Ondanks de mogelijkheden voor een gedegen psychiatrisch onderzoek, vond Scheff, adviseerden psychiaters altijd opname en psychiatrische behandeling. Zittingen met rechters duurden gemiddeld anderhalve minuut waarbij de rechters altijd het advies van de psychiater volgden. De betrokken psychiaters, zo kwam naar voren uit het empirisch materiaal, leken uit te gaan van een '*presumption of illness*'.

Terwijl Scheff zijn studie uitvoerde verrichtte een andere jonge socioloog, Erving Goffman, een observationele studie bij het St. Elizabeths Hospital in Washington, waar hij een jaar werkte. Het resultaat van deze studie was het boek *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*.

Goffman stelde dat psychiatrische ziekenhuizen meer leken op gevangenissen en concentratiekampen dan op medische faciliteiten. 'Inmates' werden van hun persoonlijke vrijheid beroofd, hun sociale rollen werden strak gedefinieerd en geëffectueerd. Personen werden 'gesocialiseerd' op basis van de voorgeschreven rol van psychiatrisch patiënt. Het gevangenschap van het psychiatrisch ziekenhuis was volgens Goffman de meest verraderlijke vorm van vrijheidsbeneming, omdat er voor de ingezetenen geen mogelijkheden waren om zich te verweren: verzet tegen opname of behandeling vormde in de ogen van de staf slechts bewijs van waanzin.

Een psychiatrisch ziekenhuis, schreef Goffman, was een '*total institution*', een plek waar werk, slaap en spel allemaal plaatsvonden in dezelfde rigide omgeving. Institutionalisering resulteerde in forse schade aan de patiënten, wier pathologisch gedrag in wezen een begrijpelijke reactie vormde op de vervormende invloed van opname. Lange-termijn opname betekende schade en dehumanisering voor patiënten, die 'vermorzeld werden onder het gewicht van een zelf-vervreemdende morele onderwerping'.

Psychiatrische ziekenhuizen, volgens Goffman, waren geen plaatsen van genezing, integendeel: ze *produceerden* mentale ziekte. Waar (zie onderdeel Bedlam) eerdere kritiek op de psychiatrische ziekenhuizen nog hoop stelde in verbetering mits meer middelen beschikbaar kwamen, zag Goffman dergelijke hoop als een romantische illusie. Psychiatrische ziekenhuizen, zo schreef hij in 1971, waren;



"…hopeless storage dumps. They have served to remove the patient from the scene of his symptomatic behavior…but this function has been performed by fences, not doctors.

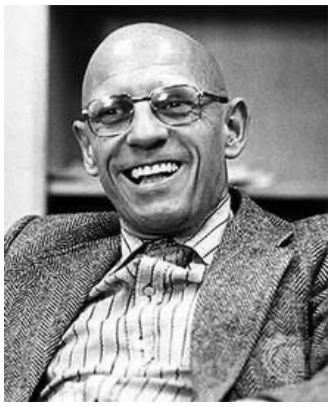
And the price for this service has been considerable dislocation from civil life, alienation from loved ones who arranged the commitment, mortification due to hospital regimentation and surveillance, permanent post-hospital stigmatization. This has not merely been a bad deal; it has been a grotesque one."

Waar Laing en Szasz vooral op weerstand konden rekenen in de beroepsgroep, vond Goffman wel enig gehoor. Zo sprak de Britse psychiater Russel Barton van 'institutionele neurose' om de effecten van langdurige opname te beschrijven en schreven Wing en Brown een goed ontvangen studie getiteld '*Institutionalism and Schizophrenia*' waarin soortgelijke invloeden beschreven werden.

Vanzelfsprekend betekende het negatieve daglicht waarin opname kwam te staan, een stimulans voor de deïnstitutionalisering die in de jaren vijftig al was begonnen. De vorm die deze kreeg, en het tempo waarin dat gebeurde, varieerde nogal tussen continenten, landen, en regio's. In Amerika was de transformatie onmiskenbaar: van een piek van 550.000 opgenomen patiënten in state hospitals in 1955, viel de bezetting naar 370.000 in 1969 (en in 1994 80.000).

4) 1961 - *Folie et Déraison: Histoire de la folie à l'âge classique*

Folie et Déraison (in 1975 in het Nederlands verschenen als *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*) is het proefschrift van Michel Foucault. Foucault onderzoekt er de geschiedenis van de waanzin. Hij gaat op zoek naar de vooronderstellingen van waaruit een bepaalde samenleving tegen het fenomeen waanzin aankijkt, en wil als een archeoloog terug graven naar het moment waarop Rede en Waanzin nog niet gescheiden waren en waanzin een ongedifferentieerde ervaring was. Foucault ontwikkelde deze studie mede op basis van zijn eigen ervaringen met psychiatrische behandeling (bij Jean Delay) en veldwerk in het Sainte-Anne ziekenhuis in Parijs.



Nadat hij in 1948 een serieuze zelfmoordpoging ondernam, werd hij korte tijd opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis Sainte-Anne. Zijn schoolarts weet de psychische problemen aan de homoseksualiteit waar Foucault zich geen raad mee zou weten.

In de jaren die volgden zou hij daar geleidelijk mee in het reine komen. Maar op gezette tijden werd hij met zijn 'afwijking' geconfronteerd, zoals toen hij eind jaren zestig solliciteerde op een hoge post op het Franse ministerie van Onderwijs en werd afgewezen nadat invloedrijke tegenkrachten Foucaults 'particulariteit' over het voetlicht hadden gebracht.

In interviews zou hij later benadrukken hoezeer *Folie et Déraison* verbonden was met de problematische wijze waarop hij zijn homoseksualiteit beleefde. 'Vanaf het moment dat ik me van mijn homoseksualiteit bewust werd heb ik me buitengesloten gevoeld', zei hij in 1975. 'Niet zozeer verworpen, maar behorend tot de schaduwzijde van de samenleving. Het is nogal wat wanneer je dat zelf ondervindt. Heel snel wordt dat getransformeerd tot een soort psychiatrische bedreiging: als je niet als iedereen bent, wil dat zeggen dat je abnormaal bent, en abnormaal wil zeggen: ziek.'

In *Geschiedenis van de waanzin* bestudeert Foucault de culturele omgang met waanzin in drie periodes: de Renaissance, de Klassieke periode, en de Moderniteit. In literatuur en kunst van de Renaissance wordt de waanzinnige weergegeven als iemand met bijzondere kennis, die het verschil toont tussen hoe mensen zijn en hoe ze zich voordoen. De waanzinnige verkeerde nog in een staat van dialoog met de Rede.

Vanaf de 17^{e} eeuw begon de 'Great Confinement', waarbij waanzin en de waanzinnige gemarginaliseerd en verwijderd werden uit de samenleving naar de gestichten, samen met andere 'anti-socialen'. De samenleving schreef deze groep een morele schuld toe, omdat ze uit vrije wil gekozen zouden hebben voor prostitutie, criminaliteit, of onrede. Dit legitimeerde een aanpak die uitging van straf, detentie, en (morele) heropvoeding.

De gelijkstelling van rede met zedelijkheid kent een lange geschiedenis die al in de Klassieke Oudheid begint, en zou lange sporen achterlaten, zoals we verderop zullen zien. Het conceptuele onderscheid tussen de waanzinnige en de niet-waanzinnige was een sociaal construct. Daarbij kwamen de waanzinnigen onder de jurisdictie van de medici. Tijdens de Moderniteit hadden de gestichten dus een gemengde doelstelling gebaseerd op twee culturele motieven: het nieuwe doel om waanzinnigen apart van hun gezinnen te genezen, en het oude doel om sociaal onaangepasten op te bergen om de maatschappij te beschermen. De abstracte Rede was '*orde, fysieke en morele dwang, anonieme druk van de groep en verplichting tot conformisme*'.

Hoewel Foucault erkende dat de omgang met waanzin hiermee meer 'verlicht' was dan in middeleeuwse tijden en hij de compassie zag waarmee artsen met waanzin omgingen, bleef er sprake van een wrede vorm van sociale controle, waarbij de waanzinnige niet meer participeerde in een gezamenlijke taal: "*De moderne mens communiceert niet meer met de waanzinnige…Er is geen gemeenschappelijke taal, of liever: niet meer; de ontwikkeling van waanzin als geestesziekte, aan het einde van de 18e eeuw, valt samen met een ruptuur in de dialoog, produceert de scheiding als fait accompli, en doet al die imperfecte woorden, zonder vaste syntax, stamelend uitgesproken, waarmee de dialoog tussen rede en onrede gevoerd werd, in de ban. De taal van de psychiatrie, die een monoloog is van de rede over waanzin, kon alleen ontstaan in de stilte die daar ontstond*."

Binnen de psychiatrie was de ontvangst van *Folie et Déraison* gemengd. Progressieve psychiaters zagen er een welkome bijdrage in tegen de vaak bijzonder strenge regimes in krankzinnigenstichten van de jaren zestig. Maar er werd ook gesproken van 'psychiatricide'. Historici hebben gewezen op empirische fouten m.b.t. de vermeende Grote Opsluiting (die beter in de negentiende eeuw kan worden gesitueerd) en op een te positieve afschildering van de maatschappelijke plaats van waanzin in de premoderne tijd. Toch blijft Geschiedenis van de Waanzin een klassieker vanwege de geschetste relaties tussen maatschappij, taal, macht, en waanzin, en misschien omdat dit in de jaren zestig zulke actuele thema's waren, raakte het boek een gevoelige snaar.

Bronnen o.a.

- https://www.groene.nl/artikel/de-verbroken-communicatie-tussen-mens-en-gek
- https://en.wikipedia.org/wiki/Madness_and_Civilization

5) 1963-1965 - De Community Mental Health Act en de Medicare Bill

Zoals in de vorige aflevering beschreven leven velen in de veronderstelling dat de deïnstitutionalisering die zich na de jaren vijftig voltrok grotendeels te danken was aan de effectiviteit van psychofarmaca. Het historisch bewijs wijst er echter op, dat politieke keuzes, economische ontwikkelingen en socioculturele veranderingen een grotere rol speelden. In het eerste decennium na de introductie van de psychofarmaca was de invloed op de mogelijkheden voor klinisch ontslag wisselend.

In 1957 gaven psychiaters Brill en Patton, die in meerdere artikelen poogden een relatie te vinden tussen het gebruik van psychofarmaca en afname van ziekenhuisopnames, aan dat er geen kwantitatieve correlatie bestond tussen het percentage patiënten die farmacotherapie ontvingen en verbetering in het aantal ontslagen.

Een retrospectieve studie, vijf jaar later gepubliceerd, concludeerde dat farmacotherapeutische behandeling juist gecorreleerd was aan langer ziekenhuisverblijf, terwijl ziekenhuizen die patiënten met schizofrenie met hogere doses Thorazine behandelden lagere ontslagcijfers hadden dan ziekenhuizen die minder Thorazine gebruikten.

Meerdere historici sindsdien hebben geconcludeerd dat bewuste politieke maatregelen een veel belangrijker determinant waren van deïnstitutionalisering (Scull 1977, Lerman 1982, Gronfein, 1985, Grob 1991). Het was eerder de hoop die deze middelen met zich meebrachten, volgens Gronfein (analoog aan het naoorlogse vertrouwen in de psychoanalyse) die de beleidsmakers ondersteunde in hun initiatieven.

Op 31 oktober 1963 tekende president Kennedy de *Community Mental Health Act (CMHA)* die een ingrijpende wijziging inhield van de geestelijke gezondheidszorg in de VS. De wet voorzag in financiering van community mental health centers en onderzoeksfaciliteiten in het hele land, onder auspiciën van de NIMH. Doel was zorg leveren in de gemeenschap als een alternatief voor institutionele zorg.

De wet leverde een forse stimulus op voor deïnstitutionalisering, wat nog een extra impuls kreeg in 1965 toen de *Medicare Bill* werd aangenomen, waardoor psychiatrische zorg beter toegankelijk werd voor minder kapitaalkrachtige burgers. Het betekende ook een directe economische stimulans voor staten om patiënten te ontslaan, omdat de rekening van ambulante zorg op kosten kwam van de federale overheid, terwijl de kosten van de staatsziekenhuizen toevielen aan de staten zelf.

De maatregelen kwamen in een idealistische verpakking: de New Frontier van Kennedy en de Great Society van Johnson, en werden binnen de beroepsgroep van psychiaters warm onthaald, zeker bij de sociaal geëngageerde, invloedrijke GAP. Hervormingsgezinde psychiaters gingen geestesziekte bevechten '*on the highways and byways'* en riepen op tot een '*community revolution'*.

Het concept geestesziekte werd daarbij uitgerekt, en het domein en de invloed van psychiaters eveneens, al hadden ze steeds meer te maken met andere opkomende beroepsgroepen in het veld. De uitwerking van de CMHA was echter problematisch: slechts de helft van de voorgestelde centers werden gebouwd, en de wet voorzag niet in fondsen voor lange-termijn gebruik. Sommige staten zagen deze ontwikkeling als een manier om dure staatsziekenhuizen te sluiten zonder geld te investeren in ambulante zorg.

De rol van de financiële prikkels blijkt o.a. uit het feit dat binnen de fors groeiende groep ontslagen in de beginjaren zestig, geriatrische patiënten een ruime meerderheid vormden. Zij werden vooral overgeplaatst naar (federaal gesubsidieerde) verpleeg- en verzorgingshuizen. Nadat de CMHA werd geëffectueerd nam het aantal psychiatrische (staats)ziekenhuisbedden in 50 jaar met 90% af. De gebrekkige ambulante ondersteuning leidde ertoe dat patiënten in opvang- of verpleeghuizen terechtkwamen, op straat belandden, of in de gevangenis.

Ook in Nederland groeide de rol van de staat binnen de (geestelijke) gezondheidszorg en kwam er meer druk richting ambulantisering, niet in het minst vanwege de personeelstekorten in de psychiatrisch ziekenhuizen (zie eerder). Een aanzienlijk deel van de ontslagen was 'niet hersteld' of slechts 'verbeterd'. De voor- en nazorgdiensten kregen het drukker en verbreedden hun activiteiten naar preventie. In zijn proefschrift *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (1987) beschrijft van der Griften vier factoren die bijdroegen aan de verschuiving richting ambulante zorg.

Ten eerste was er een verandering van clientèle: aanvankelijk waren het vooral verstandelijk gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten die bij de diensten werden aangemeld, na verloop van tijd nam het aantal mensen toe dat met gedragsproblemen, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, of problemen op het werk bij de voor- en nazorgdiensten aanklopten.

Ten tweede kwamen er andere voorzieningen tot stand die zich juist met de oorspronkelijke clientèle bezighielden, zoals sociale diensten, sociale werkplaatsen en verpleegvoorzieningen voor bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten.

De derde factor was het feit dat de voor- en nazorgdiensten ook inhoudelijk en wat betreft samenstelling van het personeelsbestand in de gelegenheid waren hun aanbod aan te passen op de nieuwe cliëntengroepen. De kennis over sociale aspecten van psychiatrische stoornissen was toegenomen, er waren nieuwe behandelingsmethodieken ontstaan (onder andere het *social case work*) en naast de psychiater en de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige had hier en daar ook de psycholoog en de maatschappelijk werker zijn intrede gedaan in voor- en nazorgteams.

Ten slotte speelde mee dat de voor- en nazorgdiensten zich onafhankelijker gingen opstellen tegenover de psychiatrische inrichtingen. Dit werd mede zichtbaar in het feit dat zij zich in toenemende mate tooiden met de naam Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD), waarbij de suggestie dat tussen de voorzorg en de nazorg een psychiatrische opname zou kunnen plaatsvinden, geheel was verdwenen.

Bronnen:

- Bakker, C.T. 2009. *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984).* Amsterdam, UvA: academisch proefschrift.
- Grob, G. 1991. *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*, Princeton: Princeton University Press.
- Gronfein, W. 1985. 'Psychotropic Drugs and the Origins of Deinstitutionalization', *Social Problems*, 32, 437–54.
- Lerman, P. 1982. *Deinstitutionalization and the Welfare State*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Scull, A. 1977. *Decarceration: Community Treatment and the Deviant: A Radical View*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

6) 1964 - In het belang van het kind (3): ongehuwd moederschap als stoornis

De optimistische naoorlogse expansie van de psychiatrie op naburige maatschappelijke terreinen gold zeker in de richting van opvoeding en ontwikkeling, zoals in de vorige aflevering al beschreven. Daarbij trad een vermenging van maatschappelijke, professionele, en theoretische uitgangspunten op, die leidden tot praktijken waar we nu beschaamd op terugkijken. Een sprekend voorbeeld is de omgang met ongehuwde moeders. Rond de jaren zestig veranderden de ideeën over ongewenst zwangere vrouwen. Het nieuwe inzicht luidde dat ongehuwde moeders vaak geestelijk noch financieel in staat waren het kind goed op te voeden en dat het kind beter af was bij liefhebbende pleegouders –vaak kinderloze echtparen– die de stabiliteit en geborgenheid van een echt gezin konden bieden.

Dit was de heersende mening bij hulpverlenings-en overheidsinstanties, maar ook in de maatschappij en in de vrouwenbladen. Blijkens zijn lezing in 1959 meende psychiater H.F. Heijmans dat men onder de ongehuwde moeders een groter percentage psychische stoornissen aantrof dan onder de gemiddelde bevolking: "*Maar ook bij die meisjes, die men beslist niet geestesziek mag noemen, merkt men vaak een psychische labiliteit, onzekerheid, afhankelijkheid of kinderlijk gedragspatroon, kortom tekenen die toch wijzen in de richting van een gestoorde, of moeilijke aanpassing, waarvan het ongehuwd moeder zijn op zichzelf al een bewijs kan zijn.*"

In 1964 publiceerden H. Heijmans en C. Trimbos *De niet-gehuwde moeder en haar kind.* Trimbos kwam erop terug in zijn *Gehuwd en ongehuwd* uit 1967 (waarin hij breder over seksualiteit schreef). In dat werk werd het ongehuwd moederschap als een 'sociaal pathologisch' verschijnsel beschreven. De redenering waarmee het in het medisch domein getrokken werd, is opmerkelijk. Want wat was sociale pathologie eigenlijk?

De term stamt uit de psychohygiëne van de jaren '20, toen een eerste poging werd gedaan maatschappelijke problemen met psychiatrisch gereedschap aan te pakken. Lees bijvoorbeeld dit artikel in het NTvG uit 1927: pauperisme, criminaliteit, prostitutie, alcoholisme en zelfmoord (!) behoren hiertoe. Heijmans en Trimbos voegen aan dat rijtje het ongehuwde moederschap toe: *"op basis van algemeen geldende normen van gewoonte, moraal en ethiek, die vanzelfsprekend aanvaard worden door de meerderheid."*

Waar er in 1927 een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen sociale en medische pathologie, lijkt die grens vager bij de beschrijving van ongehuwde moeders. De wendbaarheid en reikwijdte van psychoanalytische theorie gaf ruime mogelijkheden om neurotische of ontwikkeling gebonden problemen te signaleren.

In 1969 becommentarieerde de hoogleraar sociologie Minikowski dit standpunt in een debat over de sociale positie van de ongehuwde moeder: "*De ongehuwde moeder wordt weliswaar niet moreel veroordeeld, maar ze wordt psychisch ziek of gestoord verklaard omdat ze van de norm afwijkt. Psychiatrie aldus opgevat is naar mijn mening een conformistische wetenschap, die aan de status quo vasthoudt. Men kan niet verwachten dat zij op adequate wijze oplossingen biedt voor de problemen van onze veranderende samenleving.*"

Toch is er bij Trimbos geen sprake van gelijkschakeling van ongehuwd zijn en pathologie: "*Zijn dan alle ongehuwden te beschouwen als klanten voor de psychiater? Natuurlijk niet! Al zullen sommigen, die erg op gespannen voet leven met hun ongehuwde bestaan, zeker - al was het alleen maar om een beter inzicht in zichzelf te verkrijgen - gebaat zijn met een dergelijk contact*."

De combinatie van gesuggereerde psychopathologie, de 'sociale pathologie' en de groeiende aandacht voor de vroegkinderlijke omstandigheden als bepalend voor het welzijn van het kind, samen met de verruimde wettelijke mogelijkheden, leverden een forse groei op van adoptie bij ongehuwde moeders, onder forse sociale druk. Het rapport *Beklemd in de scharnieren van de tijd* gaat uitvoerig op deze problematiek in.

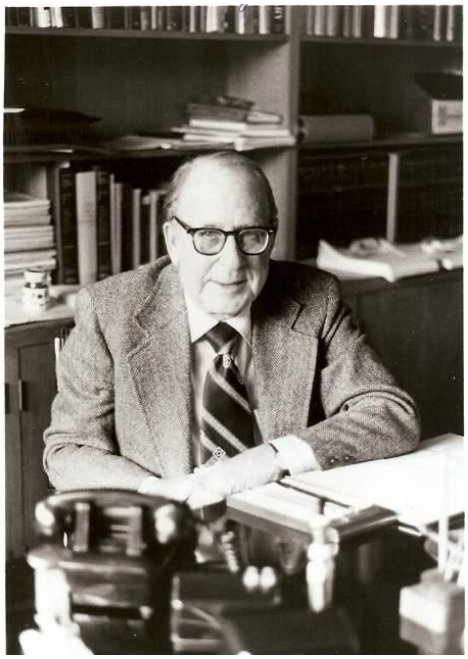
Bronnen:

- https://anderetijden.nl/aflevering/451/Afstandsmoeders
- https://www.contactzutphen.nl/nieuws/algemeen/341848/christel-don-over-afstandsmoeders-ze-hadden-beschermd-moeten-wo

7) 1964-65 - Waarschuwend woorden

Het was 1964 en de geur van maatschappelijke revolutie hing nadrukkelijk in de lucht. Voorstanders van ambulantisering hadden opgeroepen tot een 'community revolution', Menninger's GAP (zie vorige aflevering) beloofde vooruitgang via psychoanalytische inzichten op vele maatschappelijke terreinen, en de combinatie van farmacotherapie en deïnstitutionalisering gaf hoop aan de gedachte dat wanhopig stemmende langdurige institutionalisering tot het verleden zou kunnen gaan behoren. Tussen al dit optimisme kwam Roy Grinker, psychiater, directeur en opleider aan het Micheal Reese Hospital Medical Center te Chicago, met een waarschuwing. De psychiatrie, die naar zijn idee te ver afgedreven was van wetenschappelijke principes, dreigde aan overmoed ten onder te gaan.

In zijn artikel uit 1964 *Psychiatry Rides Madly in All Directions* schildert Grinker het beeld van een vak in verwarring. De publieke opinie over psychiaters is verdeeld, schreef hij, tussen hyperbolisch optimisme over de maatschappelijke belofte van psychoanalyse en community psychiatry, en desillusie en teleurstelling vanuit patiënten die we in gestichten en daarbuiten behandeld hebben. We blijven nieuwe illusies scheppen, en slagen er telkens niet in de samengaande beloftes te vervullen. Het veld zelf is in verwarring: de psychoanalyse is gestagneerd en vooral in conflict met zichzelf, de doorbraak die de psychosomatiek (van Franz Alexander, zie vorige aflevering) beloofde kon de empirische toets niet doorstaan, en het opkomend pedagogisch perspectief zou de opleidingsduur verdubbelen.



In zijn artikel *The Sciences of Psychiatry: Fields, Fences and Riders* verklaart hij de veelvuldige verwijzingen naar wetenschappelijke revoluties en doorbraken uit de toenemende vermaatschappelijking van de wetenschap: als sociale activiteit staat de wetenschap immers bloot aan sociale invloeden en in deze periode hadden de technische successen van de oorlog een maatschappelijke overtuiging tot stand gebracht, dat alles mogelijk was via wetenschap, mits deze adequaat gesubsidieerd werd.

De maatschappelijke druk op de psychiatrie om met een dramatische doorbraak het probleem van geestesziekte op te lossen brengt een vorm van identiteitsdiffusie teweeg, schrijft Grinker, waarbij het vak zich de vraag stelt waar het naartoe gaat. Helaas gaan sommige psychiaters mee in deze verwachtingen en beloven gouden bergen, zowel wat betreft psychotherapie als farmacotherapie.

Onder deze druk zoeken psychiaters naar nieuwe methoden die al snel als 'revolutionair' worden betiteld, zoals community psychiatrie en psychodrama. Dit maatschappelijk pragmatisme sluit aan met een beroepsopleiding die overwegend praktisch en pragmatisch gericht is, maar ondergraaft een cruciale hoeksteen van het vak: de wetenschappelijke methode.

De toepassing daarvan ten behoeve van het begrijpen en testen van psychotherapieën staat in de kinderschoenen, terwijl er tegelijk sprake is van een zorgelijke openheid van het terrein: '*psychotherapy today seems to include anything which involves an exchange of words with special attitudes, in which one person assumes the role of supplicant for help and the other the role of helper.*'

Het feit dat opleiding, ervaring en professie niets uitmaakten bleek uit het feit dat naast psychiaters verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en dominees allen aan psychotherapie deden, opnieuw bewijs dat instrumentele waarden domineerden. De grote uitdaging voor een veld als de psychiatrie, waarin verschillende wetenschappelijke perspectieven nodig zijn, is volgens Grinker het bereiken van een vorm van integratie.

Om dat te bereiken zouden eerst basale wetenschappelijke principes moeten worden erkend en nageleefd, onder andere het gegeven dat een wetenschappelijke discipline zijn eigen conclusies niet alleen kan valideren met gereedschap dat specifiek is voor die richting.

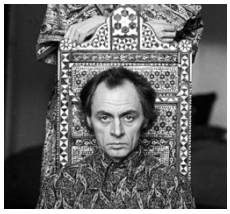
Grinker doelde nadrukkelijk op de psychoanalyse, die volgens Grinker al vele jaren aannames als feiten bracht en zich afzijdig hield van externe wetenschappelijke toetsing. Het was daarmee, uitzonderingen daargelaten, een 'crumbling stockade of proprietary dogmatism' geworden. De weg vooruit, volgens Grinker, was de ontwikkeling van een gezamenlijke wetenschappelijke taal, die als een brug tussen theorieën kon functioneren en ze wederzijds toetsbaar kon maken.

Gezamenlijke onderzoeksprogramma's zouden daartoe nodig zijn. Het raamwerk voor integratie zou geleverd kunnen worden door systeemtheorie, resulterend in een eclectische praktijk waarin uit een gevarieerde set kennisbronnen en -perspectieven datgene gekozen wordt dat passend is bij de studie van een aspect van menselijk gedrag.

Terwijl de kritiek op psychoanalyse inmiddels breder gedeeld werd, werd Grinker's waarschuwing om de ene illusoir gebleken revolutie niet meteen de vervangen door de volgende (community psychiatrie) niet meteen gehoord.

8) 1965 - Mary Barnes en Kingsley Hall

Mary Edith Barnes werd in 1923 geboren en groeide op in Portsmouth. Toen ze 18 was werd haar 2 jaar jonger broertje gediagnosticeerd met schizofrenie en (langdurig) opgenomen. Ze volgde de opleiding tot verpleegkundige en ging tijdens de oorlog in dienst. In 1945 werkte ze in ziekenhuizen in Egypte en Palestina. Na de oorlog ging ze in Londen als verpleegkundige werken. In 1952 werd ze voor het eerst opgenomen bij het St. Bernhard's Hospital, en kreeg ook zij de diagnose schizofrenie. Na een jaar werd ze naar huis ontslagen en ging werken als verpleegkundige tutor. Rond 1963 las ze *The Divided Self* van R.D. Laing, legde contact en ging bij hem psychotherapie volgen.



In dezelfde periode richtte Laing samen met o.a. de psychiaters David Cooper en Joseph Berke de Philadelphia Association op, dat als doel had '*the relief of mental illness of all descriptions, in particular schizophrenia*', maar tegelijk was '*the more radical intention to oppose narrow, repressive ideas about 'mental health' and 'mental illness*'.

De Philadelphia Association vroeg de eigenaren van Kingsley Hall of ze deze als behuizing konden gebruiken van een alternatieve therapeutische gemeenschap. Zo begon wat gezien werd als een van de meest radicale experimenten in psychotherapie van die tijd. Mary Barnes was de eerste patiëntbewoner. Tijdens haar verblijf in Kingsley Hall onderging ze een vorm van regressietherapie.

Gedurende dit proces ontdekte ze haar talent voor beeldende kunst. Haar eerste werken waren schilderingen op de muren van Kingsley Hall met haar eigen feces. Tijdens de behandeling stapte ze gaandeweg over naar olieverf. Nadat ze de Hall verliet, legde ze zich toe op schilderen en schreef ze samen met Joseph Berke, de psychiater die haar tijdens haar verblijf behandelde, een boek over haar verblijf: *Two Accounts of a Journey Through Madness* (1971). Deze werd in 1979 bewerkt tot een toneelstuk door David Elgar (een recensie vindt u hier, en een hoorspel uitvoering hier).

Haar schilderijen werden voor het eerst tentoongesteld in het Camden Arts Centre in 1969. Ze werd een gerespecteerd artiest die haar tentoonstellingen combineerde met voordrachten en dialogen over haar ervaringen. De website over haar leven en werken vindt u hier.

In 2020 publiceerde Adrian Chapman een heel boeiend artikel over het boek van Barnes en Berke: *"May all Be Shattered into God": Mary Barnes and Her Journey through Madness in Kingsley Hall.* Wat het boek interessant maakt volgens Chapman is niet alleen dat het een therapie beschrijft vanuit de twee min of meer simultane perspectieven van patiënt en behandelaar, maar dat het een inkijk biedt op de 'antipsychiatrische' (volgende keer zullen we zien dat dit een problematische term is) praktijk 'op de werkvloer'.

Barnes' en Berke's perspectieven op wat er in de behandeling gebeurt, verschillen: Barnes ziet het als een spirituele reis (zoals bij Laing terug te vinden), terwijl Berke een psychoanalytische perspectief hanteert. Beiden beschrijven behandeling als een reis, maar Berke's interpretatie daarvan is veel prozaïscher dan in Laing en Barnes' visie. Zeker bij Laing heeft de tocht door de waanzin iets van een heroïsche reis, een avontuur van (zelf)ontdekking.

De praktijk van de behandeling was echter veel minder harmonieus dan in de schetsen van Laing, en zijn ideaal van het afleggen van de rollen van arts en patiënt en elkaar dus als gelijken ontmoeten, bleek niet de realiteit. Tegelijk was er sprake van herstel bij Barnes: ze leerde geleidelijk haar woede en schuldgevoelens te symboliseren via religieuze schilderingen en korte therapeutische narratieven. Haar divergeren van het verhaal van haar therapeut betekent ook het verkrijgen van autonomie.

Er is veel materiaal over de protagonisten online te vinden:

- Laing
  - https://www.youtube.com/watch?v=S3JGS63RgMw
  - https://www.youtube.com/watch?v=3ZbwT7oge-E
  - https://www.youtube.com/watch?v=k0ZvZAG_XRg
  - https://www.youtube.com/watch?v=86t5GWB5qRY&t=1029s
  - https://www.youtube.com/watch?v=31P6t6R0_j0

- Barnes & Berke
  - https://www.youtube.com/watch?v=ljpDsk8o7O0&t=49s
  - https://www.youtube.com/watch?v=q2hY4N_fNWw&t=442s

Barnes en Burke

9) 1970 - Protesten bij de APA

Volgens historici was 1969 het jaar waarin de homobeweging in de VS daadwerkelijk van de grond kwam. Na een uit de hand gelopen politie-inval in de Stonewall Inn (een homobar die populair was bij de meest gemarginaliseerde mensen binnen de LHBTQ-gemeenschap) in juni, vonden protestmarsen plaats en kwam de homobeweging op gang, vooral gericht op gelijke burgerrechten, en wijziging van wetten die homoseksuele activiteiten en publieke uitingen van affectie verboden. Enkele maanden na de Stonewall riot vond de jaarlijkse bijeenkomst van de APA plaats.

Activisten protesteerden tegen conversie- en aversietherapieën en eisten de verwijdering van homoseksualiteit uit de DSM (waarvan de tweede versie in 1968 gepubliceerd was). In de DSM-1 (1952) werd homoseksualiteit onder de sociopathische persoonlijkheidsstoornissen geschaard (waarbij er, analoog aan huidige persoonlijkheidsstoornissen, doorgaans geen sprake was van lijdensdruk rechtstreeks vanuit de stoornis zelf). In de DSM-II viel homoseksualiteit onder de seksuele stoornissen zoals fetisjisme, pedofilie, en exhibitionisme.

De (gedeeltelijke) medicalisering van homoseksualiteit vond vooral in de tweede helft van de negentiende eeuw plaats. Carl Westphal publiceerde een gevalsbeschrijving van een vrouw met ‘contrary sexual feeling’. Hij concludeerde dat de stoornis niet aangeleerd maar aangeboren was, bestudeerde daarna nog minstens 200 gevallen en ontwikkelde een classificatie van homoseksueel gedrag.

Charcot probeerde homoseksualiteit met hypnose te behandelen, faalde en concludeerde daarom eveneens dat het aangeboren moest zijn. Moreau zag het als de uitkomst van erfelijke ‘constitutionele zwakte’, een predispositie voor perversie, en omgevingsinvloeden. Homoseksuelen, zo meende hij, bevonden zich in een toestand tussen krankzinnigheid en rede, en hadden dus de bescherming van het gesticht nodig. De meest invloedrijke van de laat-19e-eeuwse wetenschappers was Krafft-Ebing, wiens *Psychopathia Sexualis* een enorme impact had op de publieke en professionele meningen rond homoseksualiteit. Krafft-Ebing stelde dat elke vorm van niet-procreatieve seksuele activiteit een perversie was met rampzalige persoonlijke en sociale consequenties.

De activisten bezochten o.a. een sessie bij over aversietherapie. De premisse onder aversietherapie was de gedachte dat (homo)seksualiteit te conditioneren was: als LHBTQ-mensen geconditioneerd konden worden om afschuw te ervaren bij homoseksuele gevoelens, zou hun homoseksueel gedrag afnemen. Deze therapie was één uitvloeisel van een lange geschiedenis van initiatieven om homoseksualiteit te ‘behandelen’. De professionele consensus, ook in 1970, was dat homoseksualiteit een psychische stoornis was.

Zo schreef Karl Menninger in een reactie op het Britse Wolfenden Report (waarin opgeroepen werd tot decriminalisering en demedicalisering van homoseksualiteit): *“From the standpoint of the psychiatrist…homosexuality…constitutes evidence of immature sexuality and either arrested psychological development or regression. Whatever it be called by the public, there is no question in the minds of psychiatrists regarding the abnormality of such behavior.”*

Gedurende de jaren zestig verschenen geregeld artikelen in de populaire pers van psychiaters als Irving Bieber (die in 1962 het boek *Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals* gepubliceerd had) en Charles Socarides die stelden dat homseksualiteit een vorm van psychosociale maladaptatie was, geworteld in de vroegkinderlijke ontwikkeling (ondanks het feit dat Freud in 1935 al stelde dat homoseksualiteit geen ziekte was en behandeling ervan ontraadde). Bij aversietherapie werden emetica of elektrische schokken toegediend terwijl mensen naar foto's van hun geliefden keken of anderszins seksueel geprikkeld werden.

De aanwezige psychiaters wisten zich weinig raad met de protesten. Ze hadden het idee dat ze uit bestwil handelden om homoseksuele 'patiënten' te helpen beter maatschappelijk te integreren. Van de weeromstuit stelden ze voor dat de APA de entreekosten van de activisten moest betalen.

(Afbeelding: Charles Socarides)

10) 1970 - *"Mental health is in the saddle"*

In de loop van de jaren zestig werd steeds duidelijker dat de idealen van community psychiatry niet werden gehaald. Vóór de implementatie wezen sceptische psychiaters er al op, dat empirisch bewijs voor het veronderstelde preventieve effect van gemeenschapspsychiatrie ontbrak. Bij aanvang werd o.a. vanuit het NIMH beloofd dat de ambulantisering gepaard zou gaan met dergelijk onderzoek, maar in de praktijk werd die beperkt uitgevoerd, terwijl programma-evaluaties nauwelijks gedaan werden omdat directeuren bang waren voor negatieve uitkomsten. De aanvankelijke rationale was: alles beter dan de verschrikkelijke staatsgestichten. Maar het community mental health care (CMHC) project werd weinig planmatig uitgevoerd, en zoals eerder beschreven, met sterk wisselende financiële ondersteuning.

Men had zich niet bezonnen op vragen als wie 'de gemeenschap' eigenlijk was en waarop zich interventies zouden moeten richten en of de patiënten die uit de gestichten kwamen wel op een warme ontvangst konden rekenen in de gemeenschap. Men nam aan dat patiënten toegang zouden hebben tot voldoende middelen en deze zelf zouden kunnen aanwenden, dat ze werk zouden kunnen vinden en hun sociale belangen zelf zouden kunnen verdedigen, terwijl de gemeenschap bereid zou zijn te helpen. Antropoloog Sue Estroff schreef dat de community psychiatrists zich in al deze aannames 'sociologisch naïef' toonden.

De werkelijkheid bleek veel weerbarstiger: psychiaters kwamen terecht in lokale domeinconflicten over wie waarover ging, kregen te maken met plaatselijke politiek en belangenstrijd, waar ze slecht voor uitgerust waren. Kritische collega's merkten op dat community psychiatry van meet af aan meer een slogan was dan een plan. Jacobson, hoogleraar en psychoanalyticus, verwoordde het zo:

"We are too much taken with such appealing slogans as 'treat the whole man', 'treat the man in his setting', 'conduct war upon mankind's ills'. Individuals still need to be treated despite those who would stamp out disease with statistics, social action projects, and organized factories for research. When we are primarily concerned with the individual, we constructively serve the community. But if primarily we serve the community, we run the risk of assuming that all individuals can be treated without our knowing their history, birth, development, emotional responsiveness, attachments, areas of fear and of hope, and moments and ways of strength."

Maar ook de psychoanalyse was in de loop van de jaren zestig behoorlijk van zijn voetstuk gevallen. De psychoanalist Joseph Kopecs schreef in het artikel *Psychoanalysis Today: A Rather Lonely Island* dat de psychoanalyse tekenen van ouderdom vertoonde en zijn momentum verloren had. Grinker was scherper: de psychoanalyse was "*a crumbling stockade of proprietary dogmatisms that maintain[ed] itself aloof from the progress of behavioral science and look[ed] askance at conceptions of rigor."*

Psychoanalyse had concurrentie gekregen van vele andere theoretische en psychotherapeutische perspectieven en leed aan een beeld van verouderde, wetenschappelijk matig onderbouwde constructen gekoppeld aan een langdurige, kostbare therapie met onduidelijke uitkomsten.

De beroepsgroep van psychiaters bevond zich in 1970 aldus in een tamelijk benarde positie. Het naoorlogse optimisme van de psychoanalytisch georiënteerde GAP had zich vertaald in een overmoedige inzet op gemeenschapspsychiatrie, dat samenging met het opgeven van het psychiatrisch ziekenhuis als een locatie waar enig heil vandaan kon komen. Maar zowel psychoanalyse als gemeenschapspsychiatrie konden niet aan de hooggespannen verwachtingen voldoen.

Daarbij kwamen nog twee problemen: de gemeenschapspsychiatrie was fundamenteel een multidisciplinaire onderneming, en gaf ruimte aan opkomende naburige beroepsgroepen die zich na de oorlog aan het emanciperen waren, en goed uit de voeten konden in de gemeenschap (zoals maatschappelijk werkers en psychotherapeuten van diverse achtergronden). De vraag rees wat nou de specifieke meerwaarde van de psychiater was in dit project, en waarom die daar nou leidend in zou moeten zijn (tegen de culturele achtergrond dat zo'n beetje elke autoriteitspositie betwist werd).

Gemeenschapspsychiatrie zélf, concludeerde Ross, ondermijnde de professionele positie: *"mental health is in the saddle and riding psychiatry".* Veel collega's waren het met hem eens en trokken zich terug uit de community psychiatry. Een tweede probleem, zoals de voorbeelden rond homoseksualiteit en moederschap lieten zien, is dat bij de expansie van de (psychoanalytische) psychiatrie naar andere maatschappelijke domeinen, duidelijker werd dat de theorie beladen was met conservatieve maatschappelijke waarden. De maatschappelijke conflicten rond burgerrechten vonden aldus hun weg naar het hart van de psychiatrie. Deze explosieve cocktail zou in het begin van de jaren zeventig tot ontploffing komen en leiden tot een revolutie: de DSM-III.