

Uitwerking tijdlijn NVvP 1971 – 1980

1) 1971 - *Wie is van hout...* : van antipsychiatrie naar kritische psychiatrie

Het gunstige economische getij, de verbeterde sociale voorzieningen en groeiende toegankelijkheid van het hoger onderwijs legden volgens de Goei ([lees haar proefschrift!](#)) de basis voor de secularisering van de Nederlandse samenleving in de jaren zestig en het ontstaan van culturele uitingen van verzet vanaf het midden van de jaren zestig. Volgens Righart's *De eindeloze jaren zestig* was er vooral sprake van een generatieconflict, terwijl Kennedy in *Nieuw Babylon in aanbouw* schrijft dat dit meeviel: de culturele revolutie bevatte punten die al eerder weerklank hadden gevonden in de dominante cultuur, en de revolutie werd zelfs aangemoedigd door ouderwetse gezagsdragers om de onvermijdelijke ontwikkelingen te kanaliseren en ze in de hand te houden. Beide thema's zijn herkenbaar in de antipsychiatrie die eigenlijk vooral een kritische psychiatrie was, volgens – [lees zeker haar proefschrift!](#)- Gemma Blok.

Tot 1970 werden discussies rond de toestand in de psychiatrisch ziekenhuizen, de kritieken op de status van 'krankzinnigheid' en op verouderde theorieën en therapeutische praktijken (zie [vorige aflevering](#)) in Nederland vooral binnen de muren van het gesticht en in de professionele gemeenschap gevoerd. Dit veranderde vanaf 1970, toen de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid de bevrijding wilde herdenken middels een congres.

Het thema bevrijding was aanleiding voor een sombere constatering: Nederland mocht dan bevrijd zijn van de Duitse bezetter, maar vrij van 'onmacht, angst, moedeloosheid, redeloze agressie en diskriminatie' was zij geenszins. Dit vertaalde zich naar het congres van 20 november 1970, *Te gek om los te lopen*, dat moest uitmonden in een 'kritische heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg' en tot de 'opbouw van een geestelijke gezonde samenleving'. Het congres trok veel (media-) belangstelling.

De Tijd voorspelde dat de ggz tijdens het congres zou 'worden opgeblazen uit totale onvrede, ja aan wanhoop grenzende moedeloosheid van de duizenden werkers op dit terrein'. De onvrede kwam voort uit machteloosheid (gelijkend op de fuik waarin de community psychiatry in de VS gezwommen was): aangezien psychiatrische problemen vooral stamden uit een zieke maatschappij, moest daar het probleem worden opgelost, en was de ggz irrelevant:

The image contains three posters for a congress. The top poster is a black octagon with white text: 'KOM OOK NAAR TE GEK OM LOS TE LOPEN'. The middle poster is a white octagon with a black border, containing a stylized ear icon, a paragraph of text, and the title 'TE GEK OM LOS TE LOPEN'. The bottom poster is a black octagon with white text: 'HOE U BINNENGLOOPT:'. The text in the middle poster reads: 'De term 'geestelijke gezondheid' ligt velen vóór in de mond. Maar hoe staat het eigenlijk met die geestelijke gezondheid in Nederland en - meer nog - met de zorg daarvoor in dit land? De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid gaat die vraag onder ogen zien op een congres op VRIJDAG 20 NOVEMBER '70 in de Amsterdamse RAI. Dit congres moet de aanloop worden tot een kritische heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg en tot een grotere maatschappelijke belangstelling voor geestelijke gezondheid in de komende jaren. Titel van het congres: TE GEK OM LOS TE LOPEN. Als u zich door beroep of functie ook maar even voor deze vragen interesseert, dan is het te gek om dit congres voorbij te lopen.'

'Niet de geesteszieke, maar de maatschappij is ziek en zij zal moeten worden genezen, dat wil zeggen: op essentiële punten veranderd. Maatschappijverandering is dus het doel: een gigantische taak.' ('Congres in Amsterdam: "Te gek om los te lopen". Geestelijke gezondheidszorg blaast zich uit onvrede op', De Tijd 17-10-1970.)

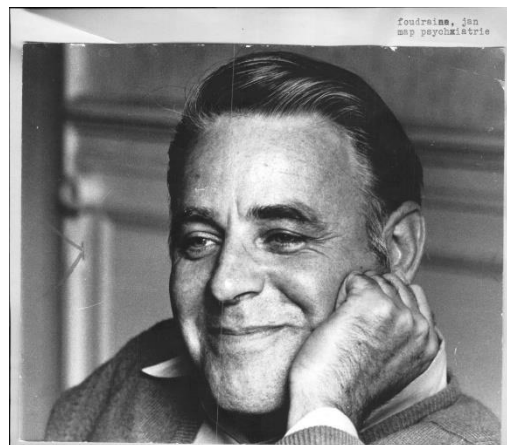
Meer dan 1.500 mensen kwamen op het congres af, en discussieerden over de veel te grote afstand tussen 'professionals en consumenten', het gebrek aan inspraak van 'consumenten' en de 'de werkers zelf', en de veel te hoge salarissen van vooral de psychiaters. Onmacht en frustratie bereikten er een kookpunt, en de psychiatrie stond plotseling in het middelpunt van de maatschappelijke belangstelling.

Tegen deze achtergrond verscheen in mei 1971 *Wie is van hout...*, waarin [Jan Foudraïne](#) een lans brak voor een humanere omgang met mensen met psychische problemen. Blok beschrijft hoe Jan Foudraïne gekenschetst werd, o.a. door Trimbos in zijn boek uit 1975 *Antipsychiatrie: een overzicht*, als 'antipsychiater'.

Maar wat schreef Foudraïne eigenlijk en wat was 'antipsychiatrie'? In haar inleiding motiveert Blok waarom ze in haar boek liever gebruik maakt van de term kritische psychiatrie: behalve Cooper wilde geen van de kritische auteurs (Goffman, Scheff, Laing, Basaglia, Foudraïne) als antipsychiater worden bestempeld; daarnaast suggereert de term dat er sprake was van één coherente denkstroming. Weliswaar waren er enige overeenkomsten, maar meer verschillen rond vraagstukken als de sociale controlefunctie van psychiaters en de positieve waardering van waanzin.

Szasz verfoeide de marxistische cultuurkritiek van Cooper en Laing, terwijl het SPK veel politieker was in zijn maatschappijkritiek dan Laing. Foudraïne en Laing deelden een postieve waardering van waanzin als mogelijke doorbraak in iemands leven, een idee dat zeker niet door alle 'antipsychiaters' werd gedeeld. De gedachte dat al deze critici de psychiatrie, of zelfs alleen de psychiatrische ziekenhuizen, wilden afschaffen, is eveneens onjuist: Foudraïne schreef:

"Er zijn voor psychotisch-gedecompenseerden...zeer belangrijke voordelen aan de opneming en het meer of minder langdurig verblijf in een instituut verbonden...Maar al te vaak heeft men, naast psychofarmaca, een goede isoleerkamer nodig en personeel dat in staat is krachtig, helder...en als het even kan psychotherapeutisch of op z'n minst met grote empathie deze veiligheid en bescherming tijdens de acuut psychotische toestand te bieden. Er wordt goed werk verricht in de zin van het voorkómen van inrichtingsopneming. Maar wij moeten met beide benen op de grond blijven staan."



De libertariër Szasz zou ervan gruwen. In haar proefschrift schetst Blok hoe de kritische psychiatrie, die zowel uit progressieve professionals bestond als uit kritische groepen patiënten en naasten (meer hierover later), ook breder opkomende maatschappelijke waarden vertegenwoordigde: democratisering, individualisering en autonomie, burgerrechten, ontzuiling, psychotherapeutisch optimisme en humanisering. De overheid nam deel aan, en stimuleerde zelfs het debat, conform Kennedy's kanaliseringstheorie.

Zo werd Laing in 1965 nog uitgenodigd door het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk voor een seminar over de 'gezinsbenadering'. In haar epiloog beschrijft Blok de periode tussen 1965 en 1975 als een periode die vooral gedomineerd werd door therapeutisch optimisme, gelijkend op eerdere soortgelijke periodes in de psychiatrie, (die we eerder in de Tijdlijn behandeld hebben).

'Dergelijke periodes leidden tot excessen, maar van al deze periodes zijn ook elementen behouden gebleven die door behandelaars waardevol worden gevonden...Het therapeutisch optimisme van de kritische psychiatrie uit de jaren zeventig leidde er soms toe dat behandelaars, vanuit hun idealistische wens om mensen met psychiatrische problemen te genezen en bevrijden, hoge verwachtingen stelden aan cliënten en ouders soms onheus bejegenden.

Anderzijds droeg de genezingsdrang uit de jaren zeventig belangrijk bij aan grotere aandacht voor de stem van de (ex-)cliënt, en aan grotere aandacht voor informelere en gelijkwaardigere omgang met mensen die lijden aan psychische stoornissen.'

Bekijk ook deze aflevering van [Andere Tijden over Wie is van Hout...](#)

2) 1971 - De Dennendal-affaire

“Wat we in ieder geval in het werken in Dennendal ontdekt hebben, is dat de zwakzinnigen bij ons horen. Dat er geen enkele reden is ze af te zonderen, als hele speciale wezens die voor heel bijzondere maatregelen in aanmerking komen. Ze komen uit ons voort, en zijn dus mensen, horen bij ons. En dat betekent dat je dus ook niet moet afzonderen en aparte behandelingen moet geven maar dat je ze d'r bij moet houden.” Aldus Carel Muller oud-directeur van Dennendal, de locatie van een van de grote symbolische conflicten van de jaren zestig/zeventig.

Dennendal was onderdeel van de Willeim Arntszhoeve, een grote psychiatrische inrichting. Vijftig jaar geleden werd er op het terrein een aparte afdeling oligofrenie (zwakzinnigheid) gerealiseerd op initiatief van de geneesheer-directeur professor Poslavsky. Van oudsher gold zwakzinnigheid als onbehandelbaar. Ouders begonnen aan te dringen op degelijk onderzoek en behandeling, en zo kwamen in de loop van de jaren zestig steeds meer pedagogen en psychologen de inrichtingen binnen.

Eén van hen was Carel Muller, die in 1965 stage kwam lopen bij de afdeling oligofrenie. Muller kwam uit een Rotterdams gezin en had een broertje met epilepsie, die in verschillende instellingen opgenomen en behandeld werd. Muller ervoer die behandeling als uitermate afstandelijk en mechanisch en zag later soortgelijke omgang met patiënten tijdens zijn vervangende dienstplicht bij het Rijkskrankzinnigengesticht / Rijks Psychiatrische Inrichting Eindhoven. Het sterkte hem in zijn overtuiging, dat de mens de maat zou moeten zijn. In het laatste jaar van zijn studie liep Muller stage bij de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder. Hij werd in 1964 gepromoveerd tot Hoofd van de Afdeling Oligofrenie (zwakzinnigenafdeling). Uiteindelijk culmineerden deze aanstelling en zijn vernieuwende ideeën tot een landelijk conflict waarbij progressief en conservatief Nederland lijnrecht tegenover elkaar kwamen te staan. Het hoogtepunt en tevens einde van dit conflict was de ontruiming van het paviljoen van Nieuw-Dennendal op 3 juli 1974. Andere Tijden heeft [een aflevering](#) hieraan gewijd.

Rond de Dennendal-affaire, zo schrijft Evelien Tonkens in haar proefschrift, bestaan een aantal gangbare beelden: die van conflict waarin het draaide om een tegenstelling tussen gevestigde orde en vernieuwers, waarbij de opstand mislukte (verbeeld door de iconische onderstaande foto van Muller tussen twee politieagenten); een strijd tussen een dominant medisch model versus een ontwikkelings- (pedagogisch) model; een strijd om democratisering; en de gedachte dat de ideeën van de vernieuwers wel goed waren, maar zichzelf te hippieachtig en onaangepast om hun doelen te bereiken.



Tonkens ontkracht deze visies, onder andere door erop te wijzen dat er geen sprake was van een overwegend medisch model in de zwakzinnigenzorg voor de affaire, terwijl de door Muller c.s. geuite kritiek op de 'grote opsluiting' juist ook door psychiaters (ook eerder) verwoord werd, die een multidisciplinaire aanpak voorstonden: in 1970 werkten medici, pedagogen en psychologen al ruim tien jaar samen, en er werd niet alleen aan medische maar ook aan pedagogische en psychologische aspecten aandacht besteed.

Tonkens: "De alom gebruikte term 'medisch model' is daarom niet verhelderend en miskent de rol van gedragswetenschappers in de zorg voordat er in Dennendal en in andere richtingen conflicten uitbraken. Er zijn goede redenen om in plaats daarvan van een 'deskundigheidsmodel', of liever een 'deskundigheidsregime' te spreken."

De vernieuwers op Dennendal zetten zich dáár juist tegen af (en dus ook tegen de gedragswetenschappers): ze waren 'antideskundig'. Het probleem met de deskundigen volgens de Dennendallers was dat zij zwakzinnigen zagen als fundamenteel andere en mindere mensen dan zichzelf, die met medicamenten en therapieën zoveel mogelijk tot gewone mensen 'opgekrikt' moesten worden. Daardoor kregen zwakzinnigen niet de kans zichzelf te zijn, en hun eigen specifieke mogelijkheden te ontplooien. Het zelfontplooiingsideaal van de vernieuwers combineerde een schijnbare tegenstrijd: streven naar gelijkheid (van menswaardigheid) en waardering voor het 'andere' en het afwijkende. Volgens Tonkens is de vestiging van die idealen wel degelijk geslaagd en werd het deskundigheidsregime geleidelijk door een 'zelfontplooiingsregime' vervangen.

3) 1972 - Laten ze het maar voelen

Mies Osterholt werd in 1947 in het gesticht Sancta Maria in Noordwijkerhout opgenomen vanwege forse angsten. Ze krijgt te maken met spanlaken, isoleer, en electroshocks. Haar zus Corrie bezoekt haar daar trouw, en ziet een behandelcultuur waarin hard werken en straffen centraal staan. Tijdens één bezoek treft ze Mies op bed aan 'met een hoogrode kleur'. Ze is ontdaan omdat drie medepatiënten door de nonnen voor straf met een braakinjectie onder spanlakens gelegd zijn. Corrie beschrijft de situatie: *"Over elk bed zit een strakgespannen laken en uit elk laken steekt een hoofd dat vastgeschroefd lijkt te zitten: een soort middeleeuwse schandpaal in horizontale stand."* Ze bleken bestraft te zijn voor het verwisselen van hun inrichtingseten met die van de nonnen. Over de behandeling van haar zus schrijft ze in 2002: *"Door deze meedogenloze behandeling werd het toch al geringe gevoel van eigenwaarde van mijn zus verder geschonden, haar angsten gevoed, zodat die desastreuze gevolgen konden aannemen."*

Wie meent dat we hier te maken met een stereotype jaren-zeventig-hippie-revolutionair, zit er ernstig naast. Corrie en Mies Osterholt worden in 1923 als eeneiige tweeling geboren in een 'dogmatisch katholiek' gezin in Schiedam met in totaal vijf kinderen. Hun ouders hebben een slecht huwelijk, wat zorgt voor grote spanningen in huis.



In 1940 wordt hun leven verder ontworcht door de Duitse inval, het bombardement op Rotterdam en het overlijden van hun moeder na een kort ziekbed. Terwijl Corrie een vertaalopleiding Engels voltooit, raakt Mies steeds meer in zichzelf gekeerd. Een opleiding tot kleuterleidster mislukt, ze doet een zelfmoordpoging en raakt meermalen zoek. Na haar opname in 1947 zou Mies haar hele verdere leven patiënt blijven.

Corrie gaat bij het CPB werken en ontmoet daar haar latere echtgenoot Cor van Eijk. Omdat Cor vanwege kinderpolio met stokken loopt en Corrie veel in Mies investeert, zien ze van kinderen af. Corrie bezoekt Mies regelmatig en zet zich (tevergeefs) in voor een betere behandeling van haar zus door brieven aan autoriteiten te schrijven. In 1971 schrijft ze enkele fractievoorzitters van politieke partijen over misstanden in de psychiatrie, maar die leken van niets te weten. Keer op keer vangt ze bot.

Wanneer Wie is van hout... verschijnt, is ze opgetogen: eindelijk een psychiater die kritiek durft te uiten op de psychiatrie. Ze belt hem op en vraagt hem of ze misschien een soort Open het Dorp-actie kunnen houden voor de ggz, maar Foudraine reageert pessimistisch: *"Ach mevrouw, zwakzinnigen en lichamelijk gehandicapt vinden men zielig, daar krijg je wel geld voor bij elkaar. Maar voor gekken? Die vindt men gevaarlijk."* In hetzelfde jaar ziet ze in Vrij Nederland een oproep van ouders die met hun kinderen bij het MOB in Leiden liepen. De psychiater Sjef Teuns, waar ze heel tevreden over waren, dreigde ontslagen te worden. De groep ouders richtte, waar van Eijk-Osterholt bij was, op 9 september 1971 de 'Cliëntenbond in de Welzijnszorg' op. In de volgende vergadering kwamen veel mensen met verhalen over erbarmelijke toestanden in de inrichtingen. De voorzitter verzuchtte dat iemand een boek over deze misstanden moest schrijven. Twee maanden later voltooide ze het manuscript van *Laten ze het maar voelen*. Het boek verscheen in 1972 en leverde een lawine aan reacties op: honderden brieven van patiënten en vele telefonische verzoeken om hulp. Ze zette zich persoonlijk in om patiënten te ondersteunen in hun wens om uit de instelling te kunnen vertrekken, wat soms ook lukte. Daarnaast was er veel media belangstelling. Ze wordt uitgenodigd voor een interview in *Een groot uur U* van Koos Postema. Tijdens de aftiteling werden de contactgegevens van de Cliëntenbond getoond, die vervolgens bedolven werd onder de reacties. De eerste stappen van de cliëntenbeweging in Nederland waren gezet.

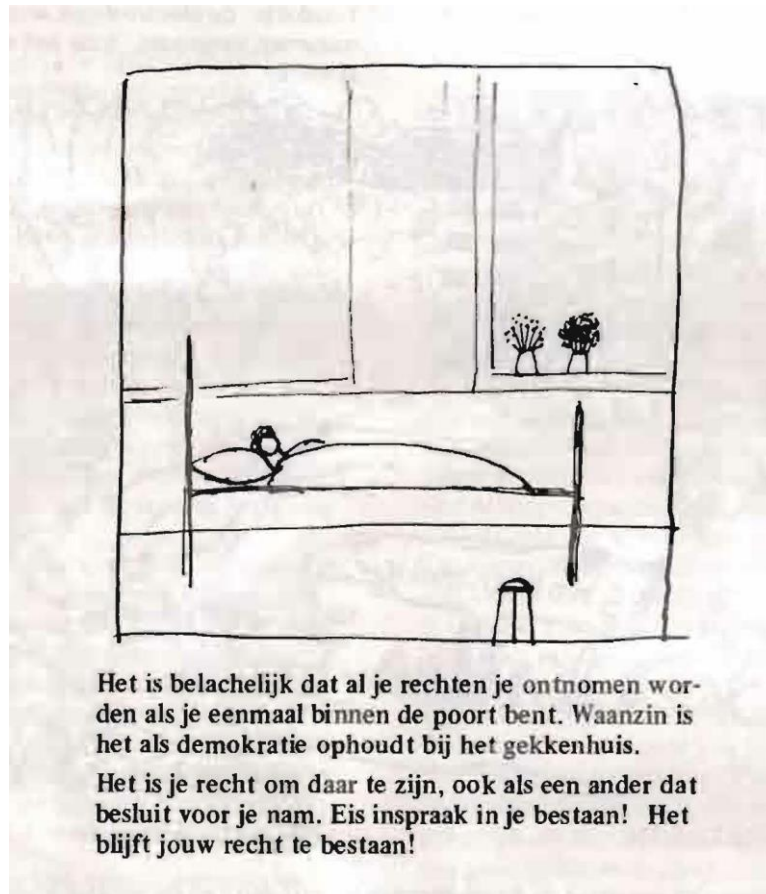
Voornaamste bron van bovenstaande is De Strijdbare Patiënt van Petra Hunsche, een aanrader! Zij is ook de initiatiefnemer van de prachtige [Canon Cliëntenbeweging GGZ](#). Op deze site vindt u meer over o.a. [Corrie van Eijk-Osterholt](#), [de Cliëntenbond](#), en de [protesten tegen behandelmethoden](#).



Corrie van Eijk-Osterholt in 2006

Net als onder de kritische psychiaters, waren de meningen over wat er precies mis was, wat er aan moest gebeuren, en of dat in gesprek met de ggz en de vermaledijde psychiaters moest gebeuren, of los daarvan, verdeeld in de cliëntenbeweging (zie het stukje over de Gekkenkrant). Haar bijdrage was zinvol geweest, schreef van Eijk-Osterholt in 2008: *“De rechtspositie van patiënten is vanaf 1981 langzaam verbeterd. Dat was het resultaat van een jarenlange strijd van de patiëntenorganisaties.”*

Corrie van Eijk-Osterholt was aanwezig bij de feestelijke presentatie van de Canon Cliëntenbeweging in 2016, en overleed op 19 februari 2020 op 96-jarige leeftijd.



Het is belachelijk dat al je rechten je ontnomen worden als je eenmaal binnen de poort bent. Waanzin is het als democratie ophoudt bij het gekkenhuis.

Het is je recht om daar te zijn, ook als een ander dat besluit voor je nam. Eis inspraak in je bestaan! Het blijft jouw recht te bestaan!

Fragment Eerste Gekkenkrant

4) 1972 - Dr. H. Anonymous

In reactie op de protesten tijdens de APA meeting van 1970 bood de APA voor het congres van 1972 de activisten een panel aan in het conferentieprogramma. De titel van de sessie was "*Psychiatry: Friend or Foe to the Homosexual?; A Dialogue*" en in het panel zaten o.a. [Barbara Gittings](#), een activist die in 1970 deelnam aan het protest tegen aversietherapie, en [Dr. Franklin Kameny](#), een astronoom die nadat hij vanwege zijn homoseksualiteit ontslagen was door de Amerikaanse overheid en sinds 1964 publiekelijk protesteerde tegen de status van homoseksualiteit als een ziekte.

Kameny schreef in *Psychiatric News* in 1971: "*We object to the sickness theory of homosexuality tenaciously held with utter disregard for the disastrous consequences of this theory to the homosexual, based as it is on poor science.*" In het panel zat een gemaskerde man die geïntroduceerd werd als 'Dr. H. Anonymous' en met stemvervormer sprak: "*Ik ben homoseksueel, en ik ben psychiater.*" Hij beschreef zijn ervaringen met discriminatie. Hij was ook ooit ontslagen nadat zijn geardeerdheid aan het licht gekomen was.

"Als homoseksuele psychiaters moeten we onze plaats weten en wat we moeten doen om te slagen. Als we een academische aanstelling nastreven, of toegang tot een psychoanalytisch instituut, moeten we ervoor zorgen dat niemand die in een machtspositie zit op de hoogte is van onze seksuele geardeerdheid of genderidentiteit.

We kunnen niet gezien worden met onze echte vrienden – onze echte homoseksuele familie- omdat anders ons lot bezegeld is. Mijn grootste verlies is mijn eerlijke menswaardigheid. Hoe kan het dat wij homoseksuele psychiaters niet eerlijk kunnen zijn in een beroepsgroep dat zichzelf als compassievol en helpend beschrijft?"



De toenmalige vicevoorzitter van de APA, Judd Marmor, ook lid van het panel, erkende het probleem: "*Ik moet toegeven dat psychiatrie bevooroordeeld is. Psychiatrische normen weerspiegelen de dominante sociale normen van de cultuur.*"

Achter de schermen ontmoetten activisten vertegenwoordigers van de APA voor overleg. Aan het hoofd van de diplomatieke eenheid van de APA stond [Robert Spitzer](#), een jong lid van de APA Committee on Nomenclature. Spitzer was teleurgesteld geraakt in het toen nog dominante psychoanalytische perspectief, en vond dat de psychiatrie dichter bij de traditionele geneeskunde moest gaan staan.

De eerste stap daartoe was het opschonen van de classificatie, en die strategie zette hij nu ook in: hij ontwierp een herziene definitie van mental disorder als een toestand die '*must either regularly cause subjective distress or regularly be associated with some generalized impairment in social effectiveness and functioning.*' Omdat homoseksualiteit noch distress, noch impairment veroorzaakte, voldeed het niet aan de criteria van een psychische stoornis. Om zo weinig mogelijk weerstand te veroorzaken, stelde Spitzer een compromis voor: de diagnose homoseksualiteit zou verwijderd worden uit de DSM, maar vervangen worden door de nieuwe diagnose '*sexual orientation disturbance*' die alleen toegepast zou worden op '*homosexuals who are in some way bothered by their sexual orientation, some of whom may come to [psychiatrists] for help.*' In 1973 gingen de activisten en de APA hiermee akkoord.

Maar het pleit was nog niet beslecht. Een groep psychiaters, vooral psychoanalytici, verzetten zich tegen het compromis. In een laatste poging het tegen te houden maakten ze gebruik van een oude regel die het mogelijk maakte een ledenraadpleging te eisen. In de aanloop naar het referendum beschuldigden voor- en tegenstanders elkaar van onderhandse politieke manoeuvres. De APA werd beschuldigd van het toegeven aan 'militante homoseksuele organisaties' terwijl voorstanders van de wijziging stelden dat hun tegenstanders wetenschappelijke vragen langs politieke weg probeerden te beslechten. Van de 10.000 leden stemden 58% voor verwijderen van de diagnose. In een commentaar schreef Kameny: "*We zijn genezen!*"

In *On the Heels of Ignorance* schrijft Whooley dat deze controverser een pars pro toto vormt voor de politieke situatie van de psychiatrie in de jaren zeventig. Psychiatrie had te kampen met een existentiële crisis, met een zeer onzekere toekomst. Psychoanalyse leed aan metaalmoeheid, wetenschappelijke en professionele kritiek en kreeg het verwijt elitair en duur te zijn. De community psychiatry had weinig meer bereikt dan als legitimatie te fungeren voor het ontmantelen van het systeem van institutionele zorg via de psychiatrische gestichten en ziekenhuizen.

De beroepsgroep zelf was verdeeld in elkaar bevechtende scholen en kampen. Bertram S. Brown, directeur van de NIMH (1970-1977) stelde de kernvraag: "Wat is de rol van de psychiatrie? Heeft het wel een rol, of is het, zoals sommigen zeggen, op sterven na dood?" Het feit dat de beroepsgroep de nosologische kwestie rond homoseksualiteit beslechtte met een stemming, leek het beeld van Szasz te bevestigen dat psychiatrie zijn domein op sociale, niet wetenschappelijke, gronden bepaalde. Wat was dan de legitimatie van de psychiatrie?

Pas in 1995 onthulde Dr. Anonymous zijn echte identiteit: [John Fryer](#). Hij was als assistent in opleiding ontslagen bij de University of Pennsylvania vanwege zijn homoseksualiteit. Later werd hij hoogleraar psychiatrie bij Temple University. Jaarlijks eert de APA een persoon die bijgedragen heeft aan de geestelijke gezondheid van seksuele minderheden met de [John Fryer Award](#). Ondertussen sterkte de uitkomst van de strijd Spitzer's overtuiging dat de DSM hervormd moest worden. Een meer objectieve classificatie en duidelijk afgegrensde definitie van stoornis was nodig.



(Peter Crimmins/[WHYY](#))

5) 1972 - Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

De geleidelijke groei die ambulante voorzieningen in de ggz hadden doorgemaakt maakte in de jaren zeventig plaats voor een explosieve groei. Rond 1950 bedroegen de totale uitgaven aan ambulante zorg rond de 2,5 miljoen gulden, tussen 1965 en 1980 steeg deze van 20 naar rond de 350 miljoen gulden. Het aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1950 en 1980 toe van 200 tot meer dan 3000. Dit paste bij een bredere groei in de dienstensector (bijv. sociaal werk, juristen). De overheid stimuleerde ambulantisering als onderdeel van een bredere visie op herstructurering van het zorgaanbod in de ggz.

De nadruk op vermaatschappelijking kreeg ook vorm in de groei van ggz-instellingen waar geen (of nauwelijks) psychiaters werkzaam waren, zoals de Jongeren Advies Centra (JAC). De diverse instellingen die tot de kern van de ambulante ggz behoorden (SPD, MOB, BLGV, IMP en CAD) verenigden zich in 1972 in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Niet alleen het aantal hulpverleners nam toe, maar ook de professionele diversiteit. In de jaren veertig en vijftig domineerden de psychiaters, psychiatrisch-sociaal werksters en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Vanaf de jaren zestig kwamen daar psychologen, gespecialiseerde psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, pedagogen, seksuologen, andragogen en sociologen bij. In de meeste instellingen vormden medici een minderheid (en verschoven hun rol naar die van de *playing captain*), conform de ideeën van Kees Trimbos, die al in zijn proefschrift uit 1959 een psychosociaal werkveld zag waarin de psychiatrie slechts een onderdeel was.



Trimbos waarschuwde ook al in 1971 dat het verband tussen maatschappelijke misstanden (zoals sommige kritische psychiaters benadrukten) en individuele stoornissen in de praktijk moeilijk aan te tonen was en sociale actie er niet toe moest leiden dat individuele cliënten in de kou kwamen te staan. Lumeij bekritiseerde de utopische ambities van de cricasters die de maatschappij wilden 'genezen'.

“Wat we willen, is eigenlijk onvoorstelbaar pretentius: op wetenschappelijke wijze de loop der geschiedenis naar onze hand zetten en in constructieve zin ombuigen, terwijl we in de verste verte niet weten welke krachten deze loop bepalen, laat staan hoe we ze kunnen beïnvloeden.”

Hollandse nuchterheid raakte hier dezelfde snaar als Grinker's eerdere waarschuwingen t.a.v. de Amerikaanse community psychiatry en sommige antipsychiatrische idealen. De maatschappijkritiek verdween vanaf het eind van de jaren zeventig geleidelijk naar de achtergrond, mede door de veranderde economische situatie (de oliecrisis van 1973 maakte een einde aan de Gouden Kwart Eeuw) en het veranderende politieke klimaat, waarin het maakbaarheidsdenken afnam. Wat bleef (zie eerder bij Tonkens) was het idee van zelfontplooiing.

De geleide ontplooiing, het burgerschapsideaal dat tot midden jaren zestig de toon aangaf, maakte plaats voor een het ideaal van de spontane zelfontplooiing, waarbij de nadruk sterker kwam te liggen op het persoonlijke gevoelsleven en individuele zelfverwerkelijking, dat zich ook vertaalde in een consumptief georiënteerde individualisme.

Daarbij bracht de 'egalitaire revolutie' van de jaren zestig met zich mee dat regels en conventies die gekoppeld waren aan de oude orde, aan kracht inboetten, en er meer noodzaak was voor zelfregulering: *with power comes responsibility*. Die maatschappelijke veranderingen zouden meespelen in de lange aanloop naar een nieuw zorgstelsel aan het begin van de 21^{ste} eeuw. De ambulante ggz wist in te spelen op deze ontwikkelingen door het groeiende, diverse aanbod aan psychotherapieën.

6) 1972 - *Women and Madness*

In 1972 verscheen [Women and Madness](#) van [Phyllis Chester](#), waarin zij stelde dat vrouwen leden onder de praktijken van psychiatrie en psychologie leden vanwege de dominantie van mannen in deze beroepsgroepen. Meer dan 2 miljoen exemplaren van het boek werden verkocht, en meer dan 300 referenties in academische journals volgden. Het ontlokte felle reacties, variërend tussen 'grensverleggend', 'een revelatie', 'een inspiratie' tot 'een bewuste klap in het gezicht van *psychiatric survivors*'.

De centrale stelling – dat vrouwen beheerst worden door een patriarchale stelsel van geestelijke gezondheid die ze als 'gekken' labelt als ze hun stereotypische vrouwelijke rol vertolken (aangepast, feminien) of als ze die afwijzen (onaangepast, masculien) – was in 1972 niet nieuw: Chesler behoorde tot de tweede feministische golf die al langer stelde dat het voor vrouwen gezonder was om zich te verzetten en ziekmakend om te bezwijken voor maatschappelijke druk.



Chesler studeerde psychologie en promoveerde in 1969 op een studie van maternale invloeden. Ze was een van de oprichters van de [Association for Women in Psychology](#) en bezocht de (roerige) 1970 APA bijeenkomst, waar ze een academische paper zou presenteren. In plaats daarvan eiste ze één miljoen dollar aan 'reparaties' voor de vrouwen die nooit geholpen waren door psychiatrische hulpverleners maar in plaats daarvan mishandeld waren: gelabeld, gesedeerd, verleid of verkracht tijdens behandeling, onder dwang opgenomen, geshockt, gelobotomiseerd en vooral in een negatief daglicht gesteld als 'agressief, promiscue, lelijk, oud, afzichtelijk, en ongeneeslijk'.

Het succes van het boek, zo schrijven meerdere auteurs in een terugblik in *Feminism & Psychology* uit 1994, is natuurlijk deels toe te schrijven (wat Chester ook doet) aan het opkomend feminisme van deze periode. Analoot aan andere vormen van kritische psychiatrie werd in wezen vooral maatschappijkritiek geleverd verpakt in kritiek op een maatschappelijk instituut, de psychiatrie. Die maatschappijkritiek had vele dimensies. Zo schrijft Spender (1994): *"Looking back, it can seem that those heady feminist days of the 1970s were part of the challenge to the construction of knowledge which took us individually and collectively from a faith in the scientific method, 'value free' research and objectivity, to the present postmodernist context where it is widely recognized that knowledge is constructed by human beings and reflects their interests – feminists included."*

Binnen die maatschappijkritiek fungeerde niet alleen de institutionele psychiatrie als pars pro toto, maar was er ook oog voor psychiatrische theorievorming die (patriarchale) maatschappelijke normen bestendigde en legitimatie bezorgde (zie ook de kritiek van Minikowski in [de vorige aflevering](#)). [Millett](#) omschreef Freud in [Sexual Politics](#) als 'beyond question the strongest individual counterrevolutionary force in the ideology of sexual politics' en Friedan had in *The Feminine Mystique* (1963) al bezwaar gemaakt tegen psychiaters die vrouwen vertelden wie ze moesten zijn in relatie tot hun man en kinderen.

Dat de belangen en ideeën niet a priori samenvielen, blijkt uit de reactie, eveneens uit 1994, van psychiatric survivor [Judi Chamberlin](#). *"Chesler snapte het toen niet,"* schrijft ze, *"en nog steeds niet."* Chesler doet volgens [Chamberlin](#) aan appropriatie als ze vrouwelijke patiënten opvoert, waarvan ze alleen de voornaam geeft en ze vervolgens gebruikt om háár verhaal te ondersteunen, in plaats van ze zelf te laten spreken.

“Feminism and the psychiatric survivor movement have had an uneasy history. Modern feminism was born in consciousness-raising groups where women learned to reclaim their own history, to reject the right of the male establishment to tell them what their lives meant. But feminist therapy still tells us – psychiatric survivors – that it speaks for us, that we can’t speak for ourselves. In this way it is no different from the psychiatric establishment it seeks to supplant.”

Een greep uit feministische studies van de psychiatrie:

- [Contested psychiatric ontology and feminist critique](#)
- [DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis](#)
- [APA Handbook of the Psychology of Women](#)
- [Women and Mental Health: A Feminist Review](#)
- [For Her Own Good: Two Centuries of the Experts Advice to Women](#)
- [Feminist Psychology](#)

7) 1973 - Scheiding

In de loop van de jaren zestig groeide het besef dat de wetenschappelijke en therapeutische praktijken van psychiaters en neurologen zich zo eigenstandig ontwikkelden, dat een verblijf onder één dak niet meer houdbaar was. De aanloop tot de scheiding vond al in de jaren zestig plaats, o.a. via de splitsing in twee afdelingen voor psychiatrie en neurologie in 1962, maar vervolgens waren er langdurige discussies over vormgeving en duur van de opleiding, die langs de lijnen van de latere specialismen gevoerd werden, en die (vooral bij de psychiaters) de overtuiging sterkten dat verzelfstandiging op zijn plaats was. Daarbij kwam dat er begin jaren zeventig sowieso behoefte was de vereniging te hervormen, omdat er sprake was van een ondoorzichtige organisatiestructuur.

De Afdeling Psychiatrie kwam met een rapport, waarin de overwegingen voor een zelfstandige vereniging werden geschetst. Zij wezen naast de ontwikkelingen op het gebied van opleiding, afdeling en sectievorming ook op het bestaan van achttien verwante organisaties, de positie van de NVvPN t.o.v. de KNMG, het Centraal College en Specialisten Registratie Commissie en op de ontwikkeling van de ggz in het algemeen.

De kern was: de NVvPN was niet de enige en niet langer de centrale organisatie in het veld. Het ontbrak aan samenwerking en aan een eigen identiteit. Vanwege het grote tekort aan psychiaters, de ambivalente positie van veel zelfstandig werkenden en de onduidelijke plaats van de psychiatrie in de algemene medische opleiding moest de doelstelling van de vereniging worden herzien, volgens het rapport. Maar dit zou niet lukken 'zolang neurologen – die onvoldoende deskundig geacht mogen worden op het terrein van de psychiatrie – stemrecht hebben inzake alle voor psychiaters van belang zijnde aangelegenheden...'

De Afdeling Neurologie was minder uitvoerig in haar argumentatie, maar liet weten ook te overwegen een zelfstandige vereniging op te richten. Het hoofdbestuur stelde vast dat beide afdelingen hetzelfde wilden en besloot een voorstel tot ontbinding van de vereniging voor te bereiden. De algemene ledenvergadering van december 1972 besloot met ruim twee derde meerderheid de vereniging per 31 december 1973 te ontbinden.



8) 1974 - Geld, politiek en psychiatrie (NL)

Volgens *Verward van Geest* waren de jaren 1965-1985 een periode van ongekende dynamiek in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen binnen de psychiatrie en in de maatschappij weerspiegelden en versterkten elkaar. Bij alle in het oog springende acties vanuit de opkomende cliëntenbeweging en de kritische psychiatrie, verdwijnt de rol van economische en politieke ontwikkelingen naar de achtergrond, terwijl deze zeer invloedrijk is geweest.

Als markeerpunt heb ik hier gekozen voor 1974, het jaar waarin de *Nota geestelijke gezondheidszorg* en de [Structuurnota Gezondheidszorg](#) verschenen. Vooral de laatste was bepalend voor het beleid in de ggz in de jaren daarna. Maar eerst de voorgeschiedenis: hoewel rijk, provincies en gemeenten al veel langer betrokken waren bij de ggz, was er tot aan de jaren zeventig nauwelijks sprake van directe overheidsbemoediging. Dit veranderde door de sociale wetgeving vanaf de jaren zestig. De collectieve overheidsuitgaven stegen van 30% BNP in 1950 naar bijna 45% in 1970. Welvaartsidealisme hielden gelijke tred met economische voorspoed, zowel bij de KVP als bij de PvdA.



Tijdens de bloeiperiode van 1948-1973 was er sprake van enorme economische groei: van 1948-1962 een verdubbeling van de industriële productie, tussen 1953 en 1973 een gemiddelde groei van het BNP van 5%, en vanaf 1950 een spectaculaire groei van het persoonlijk welvaartspeil. De overheid bouwde ondertussen aan de verzorgingsstaat. Dit vertaalde zich o.a. in de Algemene Bijstandswet van 1965, waarmee financiële bijstand een recht werd in plaats van een gunst, maar waardoor ook de lasten van de langer durende inrichtingszorg grotendeels van de gemeenten naar het rijk overgingen.

Sinds 1950 vergoedde het Ziekenfonds al de eerste 42 opnamedagen in een psychiatrische inrichting, dit werd in 1966 uitgebreid tot een jaar. Andere sociale wetten volgden, zoals de wet op de Arbeidsongeschiktenverzekering (1967). Een belangrijke mijlpaal was de invoering in 1968 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze bepaalde welke voorzieningen voor vergoedingen in aanmerking kwamen. Aanvankelijk vielen van de ggz alleen de ziekenhuizen en sanatoria daaronder, reden waarom [Arie Querido](#), toen lid van de PvdA-fractie in de Eerste Kamer, als enige tegen stemde, omdat hij vreesde dat hiermee de extramurale zorg werd benadeeld.

Al in 1970 werd dit aangepast en kwam ook de ambulante hulpverlening onder de AWBZ te vallen. Het gunstige economische klimaat in de jaren zestig leidde ertoe dat de hand op de knip die de overheid in de periode van de wederopbouw hield, losser werd. Door de toenemende collectieve financiering en het ontbreken van gerichte planning en budgettering van de gezondheidszorg trad een forse groei op van ziekenhuisvoorzieningen, en begonnen de kosten van de zorg harder te stijgen dan het BNP: van 3% in de jaren vijftig naar 6,7% in de jaren zeventig, naar bijna 9% in de jaren tachtig.

Tussen begin jaren vijftig en medio jaren zeventig verzesvoudigden de kosten van de psychiatrische ziekenhuizen en groeiden die van de ambulante voorzieningen met een factor 20. Deels werd dit (zie aflevering 1951-1960) veroorzaakt door loonsverhogingen en verbeterde arbeidsvoorwaarden, maar zeker in de jaren zeventig door vervanging van religieuzen door professionele hulpverleners, een ontzuiling binnen de ggz. Er was dus een groeiende noodzaak voor het rijk om meer sturing te geven aan de ggz en de kosten te beheersen.

De AWBZ was een hefboom om omvang en organisatie van de ggz te beïnvloeden. De eerste Volksgezondheidsnota, die vooral inventariserend was, stamt uit 1966. In 1970 volgde de eerste nota specifiek over de ggz (creatief getiteld *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*), vier jaar later eerdergenoemde nota's over ggz en de zorg als geheel. Staatssecretaris Jo Hendriks introduceerde de nota met de opmerking: "Grote bezorgdheid bestaat in ons land over het goed functioneren van de gezondheidszorg." (zie 'Gezondheid tussen staat en markt'). Hij doelde op het gebrek aan planning en sturing in de veelheid van voorzieningen dat een gevaar voor de staatskas dreigde te worden. De Structuurnota wilde met een ambitieuze visie van de zorg een samenhangend geheel maken. Drie pijlers stonden centraal: regionalisering, echelonnering en differentiatie. Zowel intramurale als extramurale voorzieningen waren geografisch onevenwichtig verspreid en moesten daarom gereorganiseerd worden, wat het pad zou effenen voor de RIAGGs.

Querido had in 1962 al voorgesteld de zorg te organiseren volgens de mate van specialisatie, de ernst van de te behandelen aandoening of de intensiteit van de behandeling of zorg. De huisarts stond hierin centraal. Differentiatie had vooral betrekking op de intramurale psychiatrie: om het aantal (langdurige) opnames in psychiatrische ziekenhuizen te beperken moesten specifieke doelgroepen elders behandeld worden: acute problemen en psychosomatische klachten bij de PAAZ, neurotische klachten in neuroseklinieken en de vrijgevestigde zenuwartsen, gezinsverpleging en tussenvoorzieningen voor geesteszieken die vooral een beschermend verblijfsmilieu nodig hadden, etc. Maar er werden ook kwalitatieve ingrepen gedaan, zoals in de norm van patiënten per verpleegkundige, grotere openheid ten opzichte van de buitenwereld, en meer aandacht voor sociale rehabilitatie.

De regering verstevigde via bovenstaande en andere wetgeving aldus haar greep op de zorg, maar in de uitvoering bleef men gebonden aan de corporatistische traditie in Nederland: het maatschappelijk middenveld was sterk vertegenwoordigd en het zorgaanbod was historisch grotendeels georganiseerd op basis van particulier en verzuild initiatief. Het aandeel van de psychiatrische ziekenhuizen in het aanbod was groot, en bezat veel hindermacht. Het herstructureringsstreven was dus in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld, en eerdergenoemde democratisering en demedicalisering binnen de instellingen sloten aan bij het overheidsstreven naar ambulantisering en vermaatschappelijking van het zorgaanbod in de ggz.

De poging van staatssecretaris Hendriks om in 1977 de ziekenfonds- en ziektekostenverzekering om te vormen tot een volksverzekering mislukte en het idee van de basisverzekering werd in de vriezer gezet



(bron: De Unie)

De poging van staatssecretaris Hendriks om in 1977 de ziekenfonds- en ziektekostenverzekering om te vormen tot een volksverzekering mislukte en het idee van de basisverzekering werd in de vriezer gezet

(bron: De Unie)

9) 1975 - Geld, politiek en psychiatrie (USA)

Zoals in de vorige aflevering geschetst, had de optimistische *community psychiatry* het veld in de problemen gebracht: de grenzen van de psychiatrie leken van elastiek. President Alan Stone merkte in 1976 op: "As each new community mental health center opened, more troubled people came forward to be treated." Aanbod schiep een vraag waarvan de grenzen onbekend waren.

Terwijl conservatieve en progressieve psychiaters elkaar in de haren vlogen, sprongen opkomende beroepsgroepen zoals sociaal werkers en klinisch psychologen in het gat. Het falen van de *community psychiatry* leidde ertoe dat de wanhoop in de gestichten zich verplaatste naar de straat, en dus naar krantenkoppen. Dat falen kwam bovenop die van de gestichten, die de *community psychiatry* juist moest oplossen. De psychiatrie leek het antwoord op waanzin te ontberen. Daar bovenop kwam ook nog een financiële dimensie. Vanaf de jaren zestig werd psychotherapie in toenemend mate vergoed door private zorgverzekeraars. Ambtenaren kregen hun medische kosten vergoed door de zorgverzekeraars Aetna en Blue Cross, gelijk aan vergoeding voor andere medische aandoeningen. Deze gunstige voorwaarden trokken veel mensen aan om in Washington te gaan werken voor de overheid. Zo gunstig zelfs dat het gerucht indertijd ging dat er meer psychiaters in Maryland werkten dan in New York City, het bolwerk van de psychoanalyse. Maar in 1975 stond op de voorpagina van *Psychiatric News*: "[Blue Cross VP Says Mental Health Prospects Cloudy.](#)"

De vicevoorzitter Robert Laur van Blue Cross werd geciteerd: "Compared to other types of [medical] services there is less clarity and uniformity of terminology concerning mental diagnoses, treatment modalities, and types of facilities providing care. . . . One dimension of this problem arises from the latent or private nature of many services; only the patient and therapist have direct knowledge of what services were provided and why."

Een invloedrijke senator was het hiermee eens: "Unfortunately, I share a congressional consensus that our existing mental care delivery system does not provide clear lines of clinical accountability."



Psychiatric News

Official Newspaper of the AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

© 1975 by the American Psychiatric Association

Volume X No. 15

Washington, D.C.

August 6, 1975

Blue Cross VP Says MH Prospects Cloudy

WHAT ARE THE PROSPECTS for the future of third-party payment for mental illness? Problematic—according to Robert J. Laur, vice-president of the Blue Cross Association and the National Association of Blue Shield Plans, and director of the federal employee program of Blue Cross and Blue Shield.

to providers) are considerably more costly to administer. And, of course, out-of-hospital benefits are the ones that have grown most dramatically as we have broadened our coverage."

Laur feels that coverage for ambulatory services is a sensible proposal "if, in so doing, costly and unneces-

Organizations To Form Confidentiality Commission

SOME 20 national organizations, including the American Psychiatric Association, plan to form a National Commission on the Confidentiality of and Access to Health Records this year. This fact was disclosed this month as the report of the Conference on Confidentiality of Health

mittee for the commission. All of the 40-odd national organizations involved in the Key Biscayne conference have been invited to join it and 20 of them to date have indicated they wish to do so, although some of them are not in a position to lend it financial support. A few have de-

Verzekeraar Aetna nam maatregelen en beperkte de vergoeding voor psychiatrische behandeling tot 20 ambulante sessies en veertig klinische dagen per jaar. Ook onderzoek subsidies liepen terug, met 17% tussen 1963 en 1972.

In een poging zicht op de situatie te krijgen gelastte president Jimmy Carter een onderzoek. De *Commission on Mental Health* rapporteerde in 1978 als volgt: *“Documenting the total number of people who have mental health problems . . . is difficult not only because opinions vary on how mental health and mental illness should be defined, but also because the available data are often inadequate or misleading.”*

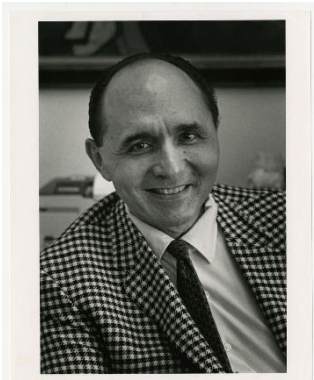
Vanuit alle kanten werden in toenemende mate dus om transparantie, duidelijke grenzen, objectiviteit, bewijs van effectiviteit en de het afleggen van verantwoordelijkheid gevraagd. Volgens Mayes en Horwitz ([*DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*](#)) kwam de DSM-III dan ook niet voort uit nieuwe kennis over psychiatrische aandoeningen of hun oorzaken, maar uit de inspanningen van onderzoek georiënteerde psychiaters die diagnostische criteria wilden standaardiseren en het focus wilden verplaatsen naar de symptomen van psychische stoornissen i.p.v. hun oorzaken. De voordelen van objectiviteit en standaardisering voor farmaceutisch en ander onderzoek, (overheids-)statistiek en management van (de financiering van) het domein door overheid, zorgverzekeraars en instellingen waren volgens hun dominante factoren in het succes van de DSM-III.

10) 1980 - DSM-III

In de geschiedenis van de totstandkoming van de DSM-III komen vrijwel alle thema's, die we in de afgelopen afleveringen besproken hebben, bijeen: maatschappelijke ontwikkelingen die zich weerspiegelen binnen de beroepsgroep, veranderende wetenschappelijke perspectieven én perspectieven op wetenschap, politieke en economische invloeden, en de historische sporen die in de actualiteit terugkeren. Het verhaal van de DSM-III is te groot om adequaat in deze Tijdlijn te behandelen, dus ik spoor u aan om u te verdiepen in de genoemde bronnen, en te beginnen bij Decker's *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Hier een overzicht met de nodige verwijzingen. Het is ook een verhaal dat verteld kan worden aan de hand van persoonlijke geschiedenissen, niet in het minst die van Robert Spitzer.

Spitzer leerden we al kennen als de man die een cruciale rol speelde bij de demedicalisering van homoseksualiteit. Zijn strategie, om heldere criteria te formuleren voor wat wel en niet onder het begrip psychiatrische stoornis kon vallen, paste bij zijn kijk op het vak, en vooral op diagnostiek en classificatie. Die ontleende hij aan een kleine, vastberaden groep psychiater-wetenschappers: de Neo-Kraepelinianen.

Dit etiket kwam van de sympathiserende Harvard psychiater Gerald Klerman, die in negen punten hun credo verwoordde. Die bestond uit een nadruk op empirisch wetenschappelijk onderzoek die de betrouwbaarheid en validiteit van diagnostiek en classificatie zou moeten versterken d.m.v. statistische technieken en gecodificeerde diagnostische criteria, duidelijke begrenzing van ziek vs. gezond, en een focus op de biologische aspecten van psychiatrische aandoeningen.



Eli Robins

Lang voordat Klerman dit opschreef, in de jaren vijftig en zestig, werkten Eli Robins, Samuel Guze en George Winokur bij de Washington University in St. Louis. Ze waren niet alleen generatiegenoten maar vonden elkaar ook in hun afkeer van de toenmalige toestand van de psychiatrie: deze hield zich bezig met niet-psychiatrische ondernemingen (denk aan de hoogdravende idealen van Menninger's GAP), negeerde het klassieke medisch model, hechtte weinig waarde aan diagnostiek en classificatie, noch aan begrenzing tussen stoornis en gezondheid (zie ook het commentaar van Grinker in de vorige aflevering op de theoretische en maatschappelijke expansie van de psychiatrie).

De St. Louis psychiaters meenden dat alleen empirisch onderzoek met een sterke focus op pathofysiologie hoop voor de toekomst zou bieden, terwijl de psychiatrie van dat moment zich volgens hun bezighield met onwetenschappelijke etiologische speculatie. En daartoe was eerst helderheid nodig over het object van empirie. In 1954 kwam een tekstboek uit waarin soortgelijke ideeën werden verwoord door Willy Mayer-Gross: *Clinical Psychiatry*. Dit was geen toeval: Mayer-Gross woonde en werkte tot 1933 in Duitsland bij de Universiteit van Heidelberg, in dezelfde kliniek waar Kraepelin tot 1903 aan het roer stond.

Die afdeling stond erom bekend gefocust te zijn op het zoeken van diagnostische criteria door nauwkeurige observatie van patiënten en precieze beschrijving van hun symptomen. Daarbij werd veel belang gesteld, conform Kraepelin's nadruk op beloop, op lange-termijn follow-up. Deze empirisch-epidemiologische aanpak werd door de St. Louis groep omarmd, net als Mayer-Gross' niets ontziende

kritiek op psychoanalyse, die hij op één lijn stelde met gebedsgenezing. In 1969 verwoorde Guze deze uitgangspunten in een bekend artikel: *'The Need for Toughmindedness in Psychiatric Thinking'*.

De groep richtte zich dus beschrijvend onderzoek en de ontwikkeling van empirisch verifieerbare, objectieve diagnostische criteria. Aios werden ook bij het onderzoek betrokken, en één van hen, John Feigner, ontwikkelde op basis van analyse van duizenden artikelen een set criteria ten behoeve van classificatie en onderzoek. Het artikel dat hij daarover met de groep publiceerde werd de meest geciteerde psychiatrische wetenschappelijke publicatie ooit.

De zogenaamde 'Feighner criteria' inspireerden Robert Spitzer, die mede vanwege zijn goede werken rond homoseksualiteit aan het roer werd gezet van de Task Force die de DSM-III moest ontwikkelen. Voor het zover was publiceerde de St. Louis groep het tekstboek *Psychiatric Diagnosis* waarin ze slechts twaalf 'valide' psychiatrische aandoeningen omschreven. Tegenstanders vergeleken de set observationele criteria met een 'Chinees menu'. Ondertussen was er naast de eerdere kritieken op gesticht psychiatrie, community psychiatry, het stoornisbegrip zelf en de psychoanalyse, wetenschappelijke kritiek gekomen op de diagnostische praktijk, via de Kendell en Rosenhan studies.

De eerste wees op grote verschillen tussen Amerikaanse en Britse psychiaters in hun diagnostische praktijk: de betrouwbaarheid daarvan stond ter discussie. De Rosenhan studie ging nog een stap verder en stelde het vermogen van psychiaters om überhaupt ziekte van gezondheid te onderscheiden ter discussie. Rond die tijd leek het, inderdaad, alsof de psychiatrie met lege handen stond.

Spitzer zelf ging in verweer tegen de Rosenhan studie in het artikel *'On Pseudoscience in Science, Logic in Remission and Psychiatric Diagnosis: A Critique of Rosenhan's "On Being Sane In Insane Places"'*. In zijn reactie stelde hij het belang van betrouwbare en valide diagnostiek centraal, en wees op de positieve ontwikkelingen zoals vertegenwoordigd door de Feighner criteria.



Net als in het geval van de controversie rond homoseksualiteit was het antwoord van Spitzer op de kritieken, om het Neokraepeliniaanse programma in stelling te brengen: objectieve, betrouwbare diagnostische criteria die, gekoppeld aan (materieel) biologisch-psychiatrisch onderzoek, valide categorieën zouden opleveren, en heldere afgrenzingen tussen ziek en gezond, en tussen stoornissen onderling.

Een nevenschikt doel voor Spitzer was om met dit perspectief de psychiatrie steviger temidden van de medische beroepsgroep te positioneren. Hierin lijkt dus een opvallend historisch parallel te bestaan met de pogingen van de beroepsgroep aan het einde van de negentiende eeuw, o.a. door de 'fusie' met de neurologen, om de medische identiteit te verstevigen en mee te liften op het maatschappelijk vertrouwen in de meer materieel gerichte medische disciplines.

Zijn ideeën over de aanpak zette Spitzer al uit in *DSM-II: a Reply* in 1968. Hij werd als voorzitter van de Task Force aangesteld in 1974. Het verhaal over zijn diplomatieke en wetenschappelijke manoeuvres over de volgende jaren, de overmoed van de psychoanalytici die te laat doorhadden dat deze ontwikkeling een ernstige bedreiging voor hun dominantie zou opleveren, en het onverwachte, spectaculaire succes, voert te ver voor deze Tijdlijn, maar is zeer aan te bevelen.

Hier een aantal bronnen:

- Decker, Hannah PhD. 2013. *The Making of DSM-III®: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford University Press.
- Greenberg, Gary. 2013. *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*. Penguin Publishing Group.
- Harrington, Anne. 2019. *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. W. W. Norton & Company.
- Mayes, R. & Horwitz, A. [DSM-III and the revolution in the classification of mental illness](#). *J Hist Behav Sci* Summer 2005;41(3):249-67.
- Wilson, M. [DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History](#). *Am J Psychiatry*. 1993 Mar;150(3):399-410.
- Kawa, S. & Giordano, J. [A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice](#). *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* volume 7, Article number: 2 (2012).
- [We Were Super Wrong About Mental Illness](#)
- [A History of the DSM](#)

Om deze aflevering af te sluiten, waarin individuele vrijheid versus maatschappelijke en institutionele macht centraal stond, een link naar [The Century of the Self](#) van Adam Curtis, die verrassende dingen te vertellen heeft over de rol van Freudiaanse theorie in vraagstukken van vrijheid, macht en controle.