

Uitwerking NVvP Tijdlijn 1981- 1990

1) 1982 - Een debat over de DSM-III

De DSM-III werd na publicatie in 1980 niet direct met gejuich ontvangen. Om strategische redenen hadden Spitzer en de Task Force de verwachtingen niet al te hooggespannen gelegd. Her en der waren er krantenberichten, maar weinig controverse. Psychoanalytici werden door Allen Frances gerustgesteld: *“Psychodynamic psychiatrists need not be particularly alarmed or troubled by the descriptive approach of DSM-III.”* De New York Times vond het evenmin een spectaculaire ontwikkeling: *“The DSM-III is only catching up with current practices.”* De rust duurde niet heel lang.

In 1982 hield de APA een (illustratief) debat tussen supporters (Spitzer en Gerald Klerman, toenmalig hoofd van de NIMH) en critici (psychoanalytici Robert Michels en George Vaillant), die vervolgens in het Aprilnummer van de AJP verscheen ([hier](#), achter betaalmuur).



(Afbbeelding: *American Journal of Psychiatry, Volume 141, Issue 4*)

Neo-Kraepeliniaan Klerman somde vijf voordelen van de DSM-III op:

- (her)bevestiging van het ‘moderne medische model’ van ziekte door het concept van multiple stoornissen te belichamen;
- de aanwezigheid van inclusie- en exclusiecriteria;
- het voor het eerst toepassen van veldtesten bij de ontwikkeling;
- het multiaxiale systeem;
- en de gerichtheid op ontwikkeling en aanpassing op basis van nieuwe empirische bevindingen.

Vaillant somde op zijn beurt vijf nadelen van de DSM-III op:

- een exclusieve en instrumentele gerichtheid op de Amerikaanse situatie en cultuur;
- reductionisme naar categorieën terwijl de meeste stoornissen een continuümkarakter hebben;
- teveel aandacht voor oppervlakte-fenomenen en te weinig voor klinisch beloop en menselijke ontwikkeling;
- negeren van (psycho)dynamische theorie;
- en het opofferen van validiteit ten dienste van betrouwbaarheid.

In zijn repliek erkent Spitzer een deel van de bezwaren, maar wijst erop dat een classificatie bouwen mensenwerk is, waarbij keuzes gemaakt moeten worden. *“Ja”,* zei Spitzer, *“we hebben erkend dat sommige categorieën misschien beter als een continuüm begrepen kunnen worden, maar continua introduceren zou de DSM nog complexer maken en het gebruiksgemak verminderen. Aandacht voor het beloop is er juist wel, meer dan in de DSM-II, en wat betreft validiteit zijn we, dat is juist de visie, agnostisch. En we hebben geprobeerd analytici aan boord te krijgen bij het ontwerp, maar waren a) niet erg makkelijk te rekruteren en b) het onderling oneens”.*

Michels antwoordde dat de intentie van de DSM-III prima was, maar het resultaat eenzijdig: Spitzer was een methodoloog en had zich met methodologen omringd. Daarbij was de methode te dominant geworden, en is het onderwerp zelf uit het oog verloren. Het veld is divers, en sommige delen zijn betrouwbaarder te beschrijven dan andere. De eerste vraag luidt dan: willen we ons wetenschappelijk domein afgrenzen door alleen wat we precies kunnen omschrijven, of wat we relevant vinden. De

DSM-III kiest het eerste, maar dat doet geen recht aan de variëteit van het onderwerp. De psychiatrie bestaat uit meerdere, elkaar voedende paradigma's, en de DSM-III reduceert ze tot één.

Het is daarbij niet, zoals het beweert, agnostisch. Het is immer onmogelijk om conceptueel agnostisch te zijn, tenzij men zwijgt. Dat er keuzes gemaakt moeten worden, ook in natuurwetenschap, om een nosologie te bouwen, erkent Michels, maar deze keuzes miskennen de perspectieven van de brede groep van psychiaters. Alleen mikken op betrouwbaarheid levert het risico van betrouwbare, maar irrelevante categorieën. Een verhouding tot theorie is onvermijdelijk, en is nu gemist. Daarbij is in het biopsychosociale raamwerk via het multiaxiale systeem de psyche gemarginaliseerd.

De Task Force werd als een 'onzichtbaar college' bekritiseerd, en Michels trok een historisch parallel met de psychoanalytici, die tientallen jaren daarvoor de psyche zó centraal stelden, dat ze biologische en sociale determinanten van psychiatrische aandoeningen verloochenden. Spitzer c.s. doen hetzelfde, en leiden ons uit de 'brainless psychiatry' van de jaren vijftig naar de 'mindless psychiatry' van de jaren '80.



Robert Michels, M.D.

Volgens Whooley was het (voor de APA onverwachte) succes van de DSM-III meer te danken aan 'institutionele geschiktheid' dan aan intellectuele innovatie. De DSM-III categorieën kwamen tegemoet aan de behoefte aan meer (financiële) transparantie van de psychiatrie, de behoefte bij overheid en instellingen aan heldere grenzen ten behoeve van beheer, ordening, en financiering, en de categorale en objectiverende benadering sloot ook aan bij de onderzoeks- en commerciële belangen van de farmaceutische industrie (waarover later meer). Ook de politieke doelen van positionering van de (belaagde) psychiatrie midden in het traditionele medische veld werden gediend, en het is achteraf tekenend dat dit Klerman's eerste argument was. De DSM-III kwam dus voor vele sociale groepen als geroepen, maar was niet de culminatie van een intrinsiek wetenschappelijke ontwikkeling.

2) 1982 - Oprichting Riaggs

Zoals in [de vorige aflevering](#) geschetst nam de overheid vanaf de jaren zestig steeds meer een beleidsbepalende rol in de zorg. Middels o.a. de AWBZ had het ook krachtige instrumenten in handen. Conform de corporatistische traditie werd het beleid mede bepaald via vertegenwoordigende adviesorganen zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad. De psychiatrie was vertegenwoordigd via de koepels van ggz-instellingen. De NVvP speelde daarin slechts een zeer bescheiden rol.

De overheid streefde naar een omslag van 'op levensbeschouwelijke grondslag gevestigde, versnipperde voorzieningen' naar evenwichtige spreiding, echelonisering, regionalisering, en – mede t.b.v. kostenbeheerstring – ambulantisering. In 1978 werd de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg ingesteld om de Riagg vorming voor te bereiden die de samenwerking tussen de diverse oudere ambulante voorzieningen (SPD, MOB, Consultatiebureaus, BLG en IMP) gestalte moest geven.

De NVvP maakte zich zorgen over deze ontwikkeling, temeer daar er veel vaagheid was in het bijbehorende rapport over de rol van de psychiater, die in een nauwe medisch-biologische rol leek te worden gedrukt en de psychische en sociale terreinen aan andere over zou moeten gaan laten. Met name de zelfstandig gevestigde psychiater, die binnen een individuele behandeling die drie domeinen integreerde, kwam daarmee in het gedrang, net als de professionele autonomie, vanwege de toenemende invloed van managers bij schaalvergroting. Het bestuur bekritiseerde het tweede rapport van de Gemengde Commissie als te vaag en te theoretisch, waarbij kwaliteit ondergeschikt werd gemaakt aan kostenbeheersing, centrale planning en uniformering.

Desalniettemin besloot de regering over te gaan op oprichting van de Riagg's per 1 januari 1982. Binnen 25 vastgestelde regio's werd samenwerking verplicht gesteld, maar de IMP-en, vrijgevestigde psychiaters en de poliklinieken van de psychiatrische ziekenhuizen werden eerst buiten die verplichting gehouden.

De toon was echter gezet, dus de NVvP legde zich erop toe de positie van de psychiater in de ambulante zorg inhoudelijk te profileren. Het mag geen verrassing heten dat de NVvP- Commissie Beroepsuitoefening vond dat de psychiater een centrale plaats in de Riagg's moest innemen.

De oprichting van de Riagg's vond plaats in een tijd waarin het politieke tij aan het keren was. Het kabinet van Agt/Wiegel was in 1980 aangetreden en kondigde een beleid van 'heroverwegingen' aan, dat onder het kabinet-Lubbers (1982) vorm kreeg. Staatsinstellingen (zoals de Riagg) werden opnieuw geëvalueerd.

In de Nieuwe Nota geestelijke volksgezondheid stelde [Staatssecretaris](#) van der Reijden dat de samenwerking tussen de intramurale en ambulante ggz nog niet vlotte, terwijl de samenwerking met de eerste lijn te wensen overliet. Van der Reijden wilde de chronische zorg in psychiatrische ziekenhuizen (deels) verplaatsen naar beschermde woonvormen en preventieve ambulante hulpverlening.



De NVvP verzette zich hiertegen en tegen de voorstelde bouwstop en afbouw van psychiatrische ziekenhuizen (de Moratoriumactie): het was volgens het bestuur vooral een 'opschuifactie', was budgetneutraal, terwijl meerwaarde m.b.t. kwaliteit van zorg onduidelijk was (een begrijpelijke angst gezien de treurige uitkomsten van ambulantisering in VS en VK).

Ondertussen beklagde het bestuur zich over de over elkaar heen buitende beleidsnota's: de Riagg's waren nog niet opgericht of de overheid kwam met het plan voor Rigg's, overlegorganen waarin de samenwerking tussen regionale intra-, semi- en extramurale instellingen vorm moest krijgen.

De NVvP was daarbij vooral bezorgd over de vertegenwoordiging van vrijgevestigden, inclusief de collega's die op contractbasis in de (relatief jonge) PAAZ'en werkten.



3) 1983 - De psychiater is een generalist

De afsplitsing van de neurologen was de katalysator tot een nieuwe bezinning op de identiteit van het vak, die gelet op alle maatschappelijke en politieke ontwikkelingen sowieso op zijn plaats was. Vanzelfsprekend speelde de vormgeving van de opleiding daar een belangrijke rol in. In 1975 besloot het Consilium tot een inventarisatie van de doelen, methoden en organisatie van de opleidingsprogramma's, en stelde het jaar erna vast dat het beroepsbeeld van de psychiater 'niet duidelijk, noch eenduidig' was.

De samensteller van het rapport, Jacobs, gaf desalniettemin een voorzet. Volgens hem was de psychiater in de eerste plaats medicus en diagnosticeerde en behandelde hij 'psychosociale nood' op basis van de integratie van heterogene wetenschappelijke disciplines zoals de organisch-biologische, ziektekundige, psychologische, sociologische en economische. Deze generalistische en integratieve visie was in 1869 al door Voorhelm Schneevoegt geformuleerd, door Cox in 1915 herhaald en door vooraanstaande psychiaters als Jelgersma, K.H. Bouman, Rümke en Kuiper bevestigd.

Voorzitter Hustinx vertaalde dit in 1976 naar de drie bekende pijlers biologisch, psychisch en sociaal, en voor elk thema werd een adviescommissie opgericht (waarvan -een teken des tijds- de biologische uit slechts twee leden bestond, H. van Praag en de arts-assistent F. van der Kamp). Elke commissie kwam tot een omschrijving van zijn eigen terrein, terwijl het geheel geïntegreerd benaderd moest worden.



Hoogleraar sociale psychiatrie M. Romme schreef met zijn collega M. Richartz in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*: *"Het is onjuist te denken dat biologische, psychodynamische en sociaalpsychiatrische benaderingen contradictoire benaderingen zijn."*

Binnen de universitaire psychiatrie van de jaren zestig en zeventig werden volgens Vos, ondanks de dominantie van de psychoanalyse, de sociale en biologische psychiatrie niet verloochend: van Dijk schiep leerstoelen voor zowel de biologische (van Praag) als sociale (Giel) psychiatrie, en Kuiper bood in Amsterdam ruimte voor andere behandelingen dan psychoanalytische.

H. Rooijmans, vanaf 1976 hoogleraar te Leiden, was een typische vertegenwoordiger van de generalistisch-integratieve visie, en bracht dit zowel naar voren bij de ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie als in het Consilium. In 1983 presenteerde een commissie onder zijn voorzitterschap een eindrapport over de opleiding waarin o.a. de kwestie van het verplichte neurologische jaar aan de orde kwam.

Volgens deze commissie was het somatische aspect van de psychiatrie niet te scheiden van het psychologische en het sociale, en daaraan gelijkwaardig. Men wilde geen 'gelovigen' kweken in een of andere richting, maar 'agnostici'. De opleiding moest 'allround psychiaters' vormen met een medische attitude en een wetenschappelijke grondhouding: 'het generalistisch karakter van de opleiding moet blijven bewaard'.

De ledenvergadering stemde voor de voorstellen van de commissie (met als belangrijke amendement de verplichtstelling van de leertherapie) waarmee een geheel nieuw opleidingsschema tot stand kwam. In 1984 werd de opleiding tot zenuwarts, waar al lang nauwelijks meer belangstelling voor bestond, opgeheven.

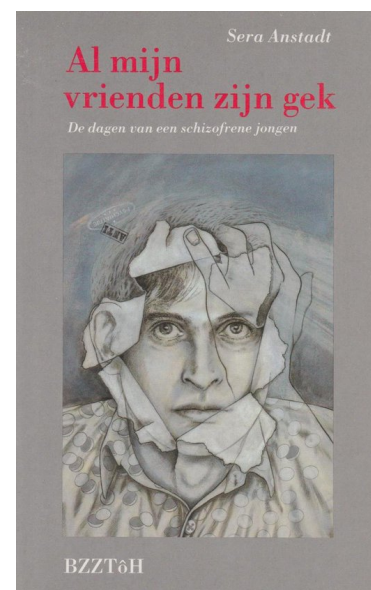
4) 1984 - Een psychische aandoening heb je niet alleen

Zoals in de [vorige aflevering](#) geschetst richtte de kritische psychiatrie en de opkomende cliëntenbeweging zich o.a. op de burgerrechten en acceptatie van patiënten in en rond de psychiatrie. Het was het tijdperk van het individu, waarin zelfontplooiing centraal stond. De verbetering van de rechtspositie van patiënten die zich allengs cliënten gingen noemen, was onmiskenbaar een vooruitgang. Tegelijk was daarmee de plaats en rol van naasten nog niet verbeterd. Voor de gevolgen van psychische aandoeningen voor familieleden, en hun moeite om betrokken te worden en te blijven bij behandelingen van hun naasten, was zelden aandacht.

Eerdergenoemde theorieën die problematische gezinssituaties een belangrijke rol toebedeelden bij het ontstaan van psychische aandoeningen, versterkten de marginalisering. In lijn met de maatschappelijke nadruk op individualisering richtten behandelingen zich op autonomie en losmaking van het gezin.

Ouders bekritiseerden de kritische psychiaters: Willy Brill deed in een artikel in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* uit 1979 verslag van de ervaringen van haar dochter in de psychiatrie. Na vele groeps- en gezinsgesprekken, sociodrama en patient-staff meetings bracht zij zichzelf om het leven, en vervolgens gaven behandelaars nergens hun onvermogen toe, en schreven haar dood toe aan een 'afwerende deskundighouding'. Willy Brill voelde zich afgescheept met dooddoeners.

In een reactie op dit artikel schreven twee redactieleden (van de Lande en van Eck) van het MGV dat het probleem bij separatieproblemen lag, en onvermogen bij de ouders om de noodzakelijke tijdelijke stopzetting van het contact tussen kind en ouder te accepteren. Het artikel leverde een storm aan verontwaardigde reacties op, waarin de auteurs 'onzindelijk denken' werd verweten, en het artikel als 'schandelijk' en 'harteloos' werd beschreven. Opnieuw leken psychiaters (en psychologen) zich niet bewust van de schadelijke potentie van hun macht: een lid van de Cliëntenbond vermoedde dat veel jongeren 'uit pure gehoorzaamheid' aan hun psychiaters op hun ouders gingen 'kankeren'. Deze affaire bleek de aanzet tot een steviger protest vanuit ouders in de jaren tachtig. Het boek *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* beschreef de lijdensweg van ouders tijdens een langdurige klinische behandeling van hun zoon waarin medicatie taboe was.



Het onderwerp psychiatrie kwam op een middag ook langs tijdens een praatmiddag voor vrouwen in de overgang in de Rotterdamse bibliotheek in 1984. Veel moeder bleken erg ontevreden over psychiatrische hulpverlening en de neiging de moeder aan te wijzen als bron van alle problemen. Ria van der Heijden zat ook aan tafel. Haar zoon Huug was begin jaren zeventig op de psychiatrische afdeling van het Rotterdamse Dijkzigt ziekenhuis opgenomen. "Ik denk dat het nu niet meer gebeurt maar toen nog wel, dat grote schuldgevoel dat je hebt nog eens enorm wordt versterkt door dat gemem van die psychiaters en door die gezinstherapieën. Ze zeggen het niet rechtstreeks. Ze zeggen bijvoorbeeld: u bent een dominante vrouw. Dat ben ik natuurlijk ook. Maar dat woord geeft je op dat moment het gevoel dat je zo groot wordt. Ik dacht, het is mijn fout, het is mijn fout!" (Uit: Baas in eigen brein, G. Blok).

Van der Heijden start een gespreksgroep voor vrouwen met soortgelijke ervaringen in het Vrouwenhuis, en al gauw worden ook avonden voor vaders georganiseerd. Op gegeven moment kwam een psychiater langs met de vraag of het niet hoog tijd was een vereniging te starten voor familieleden van chronisch psychotische mensen, om hun belangen beter te behartigen.

Het clubje groeide en kreeg een zaaltje aangeboden vlak bij Centraal Station Rotterdam, waar mensen van heinde en verre kwamen, ouders, partners, en familieleden. Samen met Ria Hartendorp die een soortgelijk initiatief had genomen besloot van der Heijden een vereniging op te richten, die de naam Ypsilon kreeg, 'omdat Y een letter is die eigenlijk niet in ons alfabet thuis hoort, een ondergeschoven kind dus, en omdat deze letter in het Engels als Why? klinkt: waarom, waarom, waarom? De oorzaken van de ziekte zijn tot op heden immers nog raadselachtig.'

Het initiatief mag op warme ondersteuning van WVC rekenen, en krijgt een subsidie van 25.000 gulden. Hiermee kon de 'landelijke vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of een psychose' van start. Ypsilon behoorde tot de eerste van de categorale patiëntenorganisaties, samen met de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (1986, inmiddels [Plusminus](#)), en de Fobieclub (nu [ADF Stichting](#)), die al in 1968 was opgericht.

Meer over de ontwikkeling van deze organisaties vindt u bij de [Canon Cliëntenbeweging GGZ](#), die mede als bron gediend heeft. Meer over de historie van Ypsilon vindt u [op hun website](#).



5) 1984 - The Broken Brain

Eén van de leden van de originele Task Force die de DSM-III ontwierp, Nancy Andreasen, zou in de jaren tachtig een boek schrijven, dat een iconische plek zou krijgen in de 'neurobiologische revolutie' van de jaren tachtig en negentig. Ze speelde als jonge psychiater al een belangrijke rol in de Task Force, en had een glanzende carrière o.a. als onderzoeker en hoofdredacteur gedurende 13 jaar van de American Journal of Psychiatry. Ze wist toen al, dat de groep bezig was met een revolutionair project, dat de psychoanalytische dominantie van de Amerikaanse psychiatrie moest doorbreken.

Het categoriaal-empirische model van de DSM-III baande de weg voor neurobiologisch onderzoek conform het syndromale model van pathofysiologie. De media begonnen de verandering op te merken. Zo schreef de Los Angeles Times in 1980: *"The typical 'shrink' of the '80s is more likely to view 'craziness' as a combination of genetic, developmental and environmental stress factors coming together. And the excitement in the field centers on advances in brain biochemistry and neuroanatomy; convention seminars on such subjects as 'the psycho-pharmacology of depression' now draw standing-room only crowds."*

In 1984 schreef Pulitzer-prijswinnaar Jon Franklin een stuk waarin de psychoanalyse begraven werd, en de biologische psychiatrie op het schild werd gehesen. Psychoanalyse was *"the bumbling and sometimes humorous stepchild of modern science,"* en de toekomst lag bij de nieuwe generatie van clinician-scientists die hij 'mind-fixers' noemde: *"research psychiatrists... working quietly in laboratories, dissecting the brains of mice and men and teasing out the chemical formulas that unlock the secrets of the mind."*

In hetzelfde jaar bracht Andreasen het boek uit waarvan de titel die zeitgeist omvatte: *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. Psychiatrie, zo schreef zij, bevond zich midden in een revolutionaire verandering, waarin het zich weer voegde in de *mainstream* biologische tradities van de geneeskunde, zoals die zich al in de negentiende eeuw -naar de beschrijving van Andreasen succesvol-ontwikkeld hadden ook binnen de psychiatrie.

Die stap, zo schreef zij, had ook iets destigmatiserends: psychiatrische aandoeningen, voorgesteld als medische ziekten, verschilden niet wezenlijk van andere ziekten, en mensen die daaraan leden zouden moeten rekenen op evenveel begrip en ondersteuning als mensen die leden aan kanker, spierdystrofie of hartziekte.



Een recensie van het boek uit de AJP geeft de stemming aan waarmee dit publieksboek werd ontvangen: Akiskal schreef de biologische revolutie nu in alle aspecten van de psychiatrie doorgedrongen was. De revolutie ging misschien vooral om de essentie van waanzin: *"A breakdown of the brain – whether homeostatic or structural – is the final common pathway of constitutional, social and psychological inputs; the 'broken brain' is not a metaphor: 'mental illness is truly a nervous breakdown'". P*

sychiatrische aandoeningen werden hiermee stevig in materiële biologie verankerd, en ontleenden daaraan hun realiteit, volgens Andreasen: *"The public need to be awakened to the fact that mental illness is real...The Broken Brain can serve as psychiatry's defense against the now customary attacks from within and without."*

De historische parallel is onmiskenbaar: zoals de psychiatrie van de 19^e eeuw in een benarde positie haar toevlucht zocht tot een nadere associatie met de neurologie, om de belofte van de traditionele geneeskunde te volgen, zo was het antwoord van de Amerikaanse psychiatrie op haar existentiële crisis in de jaren zeventig om zich stevig te nestelen in een materieel medisch model.

De toekomst van de psychiatrie, zo schreef ook Thomas Detre in AJP 1987, lag in de neurowetenschap, en psychiaters moesten de scheiding tussen lichaam en geest, en psychiatrie en neurologie, slechten.



Dr. Andreasen receives the National Medal of Science from President Bill Clinton

Bron afbeeldingen: <https://nancyandreasen.com>

6) 1985 - Wie schrijft de geschiedenis van de psychiatrie?



De gezaghebbende historicus Roy Porter schreef in 1985 het artikel *The Patient's View: Doing Medical History from below*. In dit artikel stelt Porter dat de geschiedenis van de geneeskunde voornamelijk geschreven is vanuit het perspectief van de professie en vanuit het actuele zelfbeeld daarvan. Die geschiedenissen gaan over medische doorbraken, heroïsche pioniers van chirurgische technieken of baanbrekende ontdekkingen, en over de overwinning van humanistische, rationele geneeskunde op bijgeloof en kwakzalverij. Maar dit levert een vertekend beeld op.

Immers voor het medisch contact zijn (minstens) twee mensen nodig, en een groot deel van de geschiedenis van genezing is vormgegeven buiten de professie om, door lijdens zelf, of door leken. Die zijn in de geschiedschrijving tot dan toe grotendeels genegeerd, reden waarom nieuw empirisch onderzoek, vrij van vooronderstellingen gekleurd door het professioneel perspectief, nodig was van ziekte en lijden rond waanzin, zoals mensen deze zelf ervaren hadden.

Als eerste neemt hij een van de meest beroemde dagboeken ter hand, die van Samuel Pepys, die geopereerd was aan galstenen en last had van oogklachten. Maar zijn dagboek vermeldt vele andere klachten variërend van abscessen en allergieën tot delier en diarree. Porter is echter vooral geïnteresseerd in Pepys' omgang met ziekte: conform zijn karakter ging hij er laconiek mee om, en was niet geneigd tot veel introspectie. Hij leek ook vrij stoïcijns: voor 489 vermelde 'ziekte-ervaringen' zocht hij slechts 42 keer advies, waarvan de helft van een medicus. Dit lag anders bij een tijdgenoot van Pepys, Ralph Josselin, puriteinse dominee in Essex. Ook zijn dagboek was gevuld met fysiek onheil, maar anders dan bij Pepys was deze doortrokken van goddelijke betekenis:

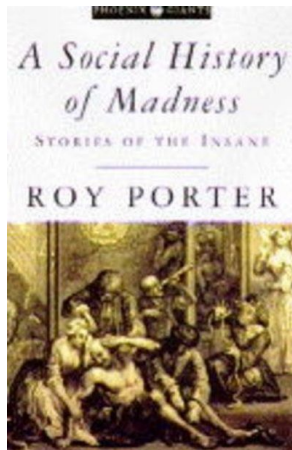


"Sept 5 1644: Stung I was with a bee on my nose, I presently pluckt out the sting, and layd on honey, so that my face swelled not, thus divine providence reaches to the lowest things, lett not sin, oh Lord that dreadful sting bee able to poyson me."

Weer een andere tijdgenoot, William Lancaster, een koopman, zag zijn gezondheid als onontkoombaar verweven met die van zijn bedrijf, en hield beide goed in de gaten. Artsen waren onnodig, omdat de regels van leven, arbeid, en handel duidelijk genoeg waren. Toch wist Lancaster niet aan medisch contact te ontkomen: op bejaarde leeftijd werd hij vertrappt door het paard van de lokale chirurgijn.

De moraal van deze verhalen, schrijft Porter, is dat we niet weten wat we hiermee aan moeten. We neigen ertoe de geschiedenis van de geneeskunde in brede armzwaaien te beschrijven, als periodes van bijgeloof, geloof, of wetenschap. De werkelijkheid op het niveau van de dagelijkse ervaring van lijdens aan ziekte is echter terra incognita. Als aanvulling op traditionele medische geschiedschrijving, hebben we een patiëntgeoriënteerde, of liever een lijdensgeschiedenis (aangezien het woord patiënt al verwijst naar een professionele relatie) nodig: medische geschiedenis 'from below'.

Daarbij moeten we oppassen dergelijke perspectieven te romantiseren of te idealiseren, als premoderne, pastorale utopie a la Rousseau. Porter schetst een mogelijke onderzoeksagenda waarin zowel aandacht is voor de materiële context van de zieke als diens ervaringen, geloofssystemen, en symboliek. Wat deden mensen die ziek waren, wanneer zochten ze hulp en bij wie? Hoeveel macht had de lijder op de medische markt?



In het kielzog van deze publicatie volgde een (voor die tijd) buitengewoon boek: *A Social History of Madness: Stories of the Insane*. Daarin volgt Porter zijn intentie, om de verhalen van lijdens, in dit geval lijdens aan waanzin, zoveel mogelijk te presenteren zoals ze geschreven zijn, en hun betekenis te traceren in de context van hun eigen taal en cultuur.

De schrijfsels van beroemde lijdens aan waanzin als koning George VIII, Nietzsche en Nijinsky worden vergeleken met de officiële medische geschiedschrijving om ze daar weer van los te weken en eigenstandig te analyseren. Het eerste-persoons perspectief dat hier geïntroduceerd werd, zou in de 21^{ste} eeuw gevolgd worden door de bloei van ervaringsdeskundigheid, herstelverhalen en autobiografische werken.

[Lees hier een In Memoriam over Roy Porter.](#)

7) 1985 - De psychiater is een psychotherapeut

Vanaf de openstelling van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie voor niet-zenuwartsen in 1966 hadden vooral klinisch psychologen zich op dit veld toegelegd. Psychologen claimden met hun gedragstherapieën en non-directieve therapieën zelfs betere resultaten dan de overwegend psychoanalytisch georiënteerde psychiaters. Juist de psychotherapie bloeide in de jaren zeventig op, en het ledental van de NVPT verdubbelde naar 1450, terwijl de psychiaters daarin relatief terrein verloren: in 1980 was minder dan een derde nog psychiater of zenuwarts. De NVPT ging psychotherapie ook steeds meer als een zelfstandig beroep promoten. Dit leidde tot een complexe situatie en forse spanningen tussen psychologen en psychiaters, maar ook binnen de NVvP zelf.

Sinds 1968 werd psychotherapie door zelfstandig gevestigde zenuwartsen door de ziekenfondsen vergoed, terwijl psychotherapie door IMP-en en soortgelijke instellingen via de Algemene Bijstandswet, de WAO en de AAW vergoed werd. De NVPT streefde vanaf 1973 naar financiering van alle psychotherapie via de AWBZ. Echter, omdat de AWBZ alleen instellingszorg vergoedde, dat vrijgevestigde psychiaters buiten de boot zouden vallen.

Binnen de NVvP was er dus sprake van gemengde belangen, omdat de helft van de NVvP-leden in 1974 nog in volledig dienstverband werkten, terwijl rond de 30% geheel of gedeeltelijk zelfstandig gevestigd werkte. En hoewel de zelfstandig gevestigden een minderheid vormden binnen de NVvP, waren zij traditioneel degenen die zich ook binnen de vereniging met belangenbehartiging bezig hielden. Enkele van hen richtten in 1977 de Vereniging van Nederlandse Psychiaters (VNP) op, omdat ze hun belangen onvoldoende verdedigd zagen door de NVvP. Een andere kwestie betrof de vraag, indien psychotherapie meer zou verzelfstandigen, naar opleiding en bevoegdheden.

In 1974 stelde de NVPT een overleg voor met de NVvP over deze kwesties. De NVvP liet hun weten het een gunstige ontwikkeling te vinden dat steeds meer professies zich met de uitoefening van psychotherapie bezighielden, zodat de taak van de psychiater kon worden verlicht. Tegelijk werd benadrukt dat er grote verschillen waren tussen de psychotherapeutische opleidingen, en de psychiater uit hoofde van zijn functie als medisch specialist verantwoordelijkheid droeg. De NVvP suggereerde dus een hiërarchie tussen categorieën van psychotherapie. De psychologen waren het hier volstrekt oneens: tijdens het voorjaarscongres van 1976 omschreef Blankenstein, secretaris van de NVPT, psychotherapie als 'een vorm van agogisch handelen' en benadrukte de gelijkwaardigheid van de psychotherapeutische relatie in contrast met de medische waarin de arts de beslissingen nam.

Binnen de NVvP gingen stemmen op om psychotherapie een stevigere plaats te geven in de opleiding, terwijl de CBU in een discussienota het medisch karakter van de psychotherapie benadrukte. In 1978 publiceerde het bestuur de nota *Psychotherapie en psychotherapeut* waarin gesteld werd dat de psychotherapeut alle aspecten van het menselijk functioneren diende te betrekken (passend bij het brede beroepsprofiel van de psychiater). Psychotherapie was een geneeskundige activiteit die ook door niet-medici kon worden verricht, mits goed in de wet verankerd. Met deze positionering werd het exclusief medische monopolie op de psychotherapie opgegeven.

De afsplitsing van de VNP leidde vooral tot veel overleg tussen NVvP en VNP, maar maakte de som der delen niet meteen slagvaardiger richting de overheid. Het leidde er wel toe dat de NVvP de leden van de VNP meer bij het beleidswerk van de vereniging betrokken en meer rekening hielden met hun standpunten.

De status van de NVvP als primair wetenschappelijke vereniging bleef op enigszins gespannen voet staan met belangenbehartiging: men poogde waar mogelijk 'te sturen op inhoud', maar liep in deze periode vaker achter de feiten aan.

Ondertussen bleef de NVvP vasthouden aan de psychotherapeutische bevoegdheid van de psychiater, maar werkte aan de verzwaring en verbreding van dit onderdeel in de psychiatrische opleiding, o.a. door de invoering van de leertherapie. In 1981 volgde het regeringsstandpunt over psychotherapie.

Het rapport van de Commissie Verhagen, die psychotherapie niet als apart beroep maar als specifieke deskundigheid omschreef, werd onderschreven. Beoefening in instituutsverband genoot de voorkeur, maar het zelfstandige aanbod moest mogelijk blijven. Het NVvP-standpunt dat de psychotherapie een medische handeling was die onder bepaalde voorwaarden ook door niet-medici kon worden verricht, was ook terug te vinden, reden waarom de NVvP tevreden mocht zijn met deze uitkomst. Toch bleven er enige logistieke problemen, zoals bij de officiële erkenning van de titel psychotherapeut: zou dit niet tot een scheiding tussen de psychiatrische beroepsuitoefening en de psychotherapie kunnen leiden?



In 1985 stuurde het NVvP bestuur daarom aan alle leden een brief, waarin het officiële verenigingsstandpunt werd herhaald: psychotherapie is een onlosmakelijk bestanddeel van het vak psychiatrie. De NVvP maakte dus bezwaar tegen een dubbele registratie, de directeur-generaal van Londen van VWS ging overstag, en inschrijving in het medisch specialistenregister werd erkend als voldoende garantie voor de psychotherapeutische bekwaamheid van de psychiater.

Afbeelding: Henny Verhagen. Fotoburo Meyer, ongedateerd.

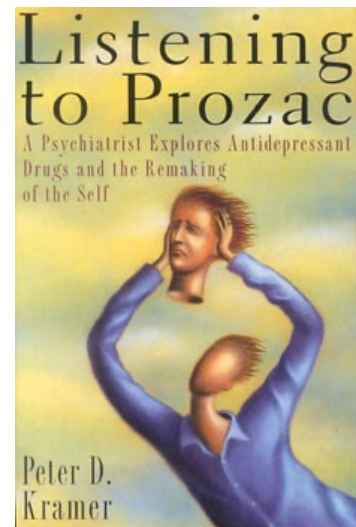
8) 1986 - Prozac

Het onderzoekswerk dat voorafging aan de introductie van fluoxetine (de stofnaam van Prozac) begon in 1970 bij Eli Lilly. Toen was al bekend dat het antihistaminicum diphenhydramine antidepressieve eigenschappen had. Een soortgelijke verbinding, 1-fenoxy-3-fenylpropylamine, werd als basis gebruikt om serie derivaten te ontwikkelen, gericht op het selectief remmen van de heropname van serotonine. De verbinding ('Lilly 110140') die later fluoxetine zou gaan heten was het meest potent en selectief. Het eerste wetenschappelijk artikel over fluoxetine verscheen in 1974 (van Wong), en ruim tien jaar later, in 1986, verscheen het voor het eerst op de markt, in België.

Begin 1988 verscheen het op de Amerikaanse markt. Binnen een jaar bracht het geneesmiddel \$350 miljoen op, en op zijn piek bedroeg de wereldwijde opbrengst \$2,6 miljard per jaar en werd Prozac het best verkochte antidepressivum in de geschiedenis.

De populariteit van Prozac in de VS ontsteeg de psychiatrie: Prozac werd een sociocultureel fenomeen. Boeken als *Listening to Prozac* en *Prozac Nation* brachten de idee naar voren dat je met een betaalbaar, relatief onschuldig en eenvoudig middel om een ander persoon te worden: 'Better Than Well'.

In een [terugblik](#) merkt Sharpe (Lancet 2005) op dat de historicus Smith al in de jaren tachtig opmerkte, dat succesvolle 'blockbuster' medicijnen een drie-staps proces doorlopen: eerst een hype, met grove overschatting van het therapeutisch effect, samengaand met overmatig gebruik en voorschrijfgedrag; vervolgens de plotse ontdekking van 'problemen' (e.g. gevaarlijke bijwerkingen, tegenvallende studies) en de resulterende 'backlash', waarna het middel in de laatste fase zijn 'evenwicht' bereikt en de voor- en nadelen beter, en nuchterder, worden geëvalueerd.



Prozac was hier een iconisch voorbeeld van: het figureerde van meet af aan in juichende reclames en kreeg veel media-aandacht: zo schreef Time magazine in 1993 dat de nieuwe antidepressiva mogelijk een succespercentage van 90% konden bereiken, een genezingspercentage dat in de negentiende eeuw door getover met statistieken aan het verblijf in het gesticht werd toegeschreven. Freudiaanse analyse was daarmee irrelevant geworden.

In een [Retroreport documentaire](#) wordt opgemerkt hoe Prozac als eerste in *zakelijke* media verscheen: in de loop van de jaren tachtig was de cultuur van zelfontplooiing verbonden geraakt met zelfmaakbaarheid en de (individuele) maakbaarheid van succes ([Succes is een Keuze!](#)).

Psychiater Peter Kramer schreef en sprak over 'cosmetische psychofarmacologie' waarmee niet alleen een 'betere zelf' bereikt zou kunnen worden, deze betere zelf was het échte zelf. De maakbaarheid van de maatschappij had plaatsgemaakt voor de maakbaarheid van het zelf.

Zelfs mensen zonder klachten zouden een betere versie van zichzelf kunnen scheppen. De terugslag volgde met relativerende studies, vragen over de rol van SSRI's bij suïcidaliteit, en -wederom vooral in de VS- het corrumperende effect van commerciële belangen in en rond de psychiatrie en de beroepsgroep van psychiaters.

De interactie tussen psychiatrische theorievorming en (de beïnvloeding van) sociale begripsvorming rond psychische aandoeningen (die we in een eerdere aflevering terugzagen rond de problematiek van de afstandsmoeders in de jaren zestig) kreeg nu een commerciële dimensie: de hypothese van een (oorzakelijk) serotoninetekort of serotonerge disbalans werd vertaald naar reclames waarin Prozac de 'chemische balans' herstelde (in 1997 veranderde de [FDA](#) zijn richtlijnen wat betreft adverteren van geneesmiddelen en maakte 'direct-to-consumer-advertising' (DTCA) mogelijk).

Het samenspel van reclame, theorie, en voorschrijfgedrag werd in een artikel uit 2005 door Lacasse en Leo onder de loep genomen, [hier](#) beschikbaar.

Peter Kramer was nooit de cheerleader waar hij later voor uitgemaakt is, en schreef jaren later *Ordinarily Well: The Case for Antidepressants* waarin hij terugblijkt en probeert een genuanceerde balans op te maken over Prozac en de antidepressiva. Een interview n.a.v. het verschijnen daarvan vindt u [hier](#).

9) 1989 - Bestuurscrisis

De oprichting van de nieuwe vereniging NVvP leidde niet meteen tot nieuw elan binnen de vereniging, integendeel: in 1975 merkte de secretaris al op dat de meeste leden vooral met hun eigen besognes bezig waren. In 1979 kwam secretaris Smits met een Plan van Actie om de vereniging te vernieuwen, maar het bleef vooralsnog bij goede voornemens. Volgens Vos ontbrak vooral een heldere en gemeenschappelijke strategische visie om de nieuwe werkelijkheid van een assertieve overheid, machtige ggz-instellingen, en concurrerende beroepsgroepen te hanteren, het hoofdstuk over de periode 1974-1990 heet niet voor niets 'In de marge'.

Verward van Geest omschrijft het overheidsbeleid in deze periode als zwalkend en halfslachtig, zeker als het om de ambulantisering gaat. De Riagg's waren in wezen producten van het optimisme van de jaren zeventig waarbij veel hoop in preventie werd gesteld, en van sociaal-democratische ideeën van de actieve, regulerende overheid. Echter de vorming van de Riaggs ging ook gepaard met het nodige verzet van de verschillende organisaties die daaraan deel moesten nemen, die allemaal geen afscheid wilden nemen van hun werkwijze en indicatiegebied.

De opkomst van de psychotherapie in de jaren zestig en zeventig leidde tot verwijten, onder andere aan het adres van MOB, BLGV en IMP, dat ze zich onvoldoende bekommerden om de mensen met ernstige psychiatrische problemen: mensen moesten over ziekte-inzicht en introspectief vermogen beschikken, en stevig in de schoenen staan om de emoties te verdragen die tijdens een therapie naar boven kwamen. Ook bij de SPD werd een toenemende gerichtheid op de 'zachte', meer behandelbare problematiek in de hand gewerkt door de komst van meer maatschappelijk werkers en psychologen.

Begin jaren tachtig werd geconstateerd dat de kritiek op het medisch model een alibi geworden was voor 'vluchtpsychiatrie', waarbij hulpverleners hun 'psychohobby' uitleefden door zich vooral te richten op mensen die hulp het minst nodig hadden, de 'fluwelen psychiatrie', ten koste van hun eigenlijke taken op het gebied van de 'harde psychiatrie' (Beenackers 1982).



Dit leidde er onder andere toe dat de GG en GD in Amsterdam steeds meer geconfronteerd werd met de groep die nergens anders terecht kon: de onbehandelbare, soms lastige of agressieve mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en problemen op vele gebieden: lichamelijke kwalen, armoede, isolement, zelfverwaarlozing, en/of verslaving.

Het aantal acute noodsituaties waarin psychiaters moesten ingrijpen liep in de jaren zeventig op tot meer dan 3000 per jaar, mede door de 'psychiatrisering' van maatschappelijk overlast. De Afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD stond in de jaren zeventig en tachtig bekend als 'het vuilnisvat'.

In de jaren tachtig steeg het aantal aanmeldingen voor de Riaggs sterk, van in totaal 88.000 nieuwe inschrijvingen en 65.000 mensen in behandeling in 1980 naar respectievelijk 135.000 en 120.000 in 1985. Wachtlijsten waren het gevolg. Gaandeweg groeide de kritiek op de uitgedijde psychotherapeutische behandelingen, zeker naarmate de kosten opliepen en de politieke wind uit een andere hoek ging waaien, die van *no-nonsense*, kostenbeheersing en doelmatigheid.

Tegelijk was er ook onvoldoende coördinatie van het ambulante zorgaanbod: psychiatrische ziekenhuizen die zich steeds meer op extra- en semimurale zorg gingen richten, werd geen strobreed in de weg gelegd, terwijl de PAAZ'en ook over poliklinieken beschikten, en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten eveneens in hetzelfde domein actief waren, zonder dat er sprake was van afstemming of een heldere taakafbakening.

Aan deze lappendeken voegde de overheid ook nog de Multifunctionele Eenheid toe, waardoor die alleen maar bonter werd. *Verward van Geest* concludeert dat fundamentele vernieuwing van de ggz middels deïstitutionalisering getuigde van ambitie en bevologenheid, maar (internationaal) vrijwel overal stuitte op belemmeringen van financiële, politieke, organisatorische en professionele aard. Die plannen kwamen daarbij tot ontwikkeling in een periode van hoogconjunctuur samengaan met een optimistisch politiek klimaat, maar na de economische depressie die vanaf 1973 toesloeg, werd bezuinigd op sociaal-psychiatrische voorzieningen en nam het vertrouwen in de sturende overheid af.

Nederland onderscheidde zich van andere landen door een voorsprong op het gebied van de ambulante ggz (e.g. de consultatiebureaus, MOB's etc. die reeds voor WOII waren opgericht), en ondanks de weerstanden en complexiteit waren de Riaggs, zeker in vergelijking met de Community Mental Health Care in de VS, een succes.

Ondertussen kon de NVvP als wetenschappelijke beroepsvereniging maar een marginale rol spelen bij de structurele veranderingen in de ggz. De actieve leden werkten op basis van vrijwilligheid in hun vrije tijd, en de vereniging was niet berekend op snel inspringen op grootschalige beleidsplannen. De voortdurende noodzaak om de tegenstrijdige belangen van vakgenoten die in uiteenlopende contexten werkten te hanteren maakte de taak niet eenvoudiger.

Men had behoefte aan professionalisering van vereniging en bureau, maar dit bleek een moeizaam proces, waarbij zowel het functioneren van het bestuur als die van het bureau ter discussie gesteld werd. Tijdens een algemene ledenvergadering in 1989 stelde het bestuur zijn functie ter beschikking vanwege 'verschillen van inzicht'. Het nieuwe bestuur onder leiding van Rooijmans deelde mee zich toe te gaan leggen op herstructurering van de vereniging.

Vos schrijft dat de bestuurscrisis de situatie weerspiegelde in de hele vereniging: de samenstelling was qua werkveld heterogeen, met uiteenlopende belangstelling en belangen en de opkomst van de psychotherapie leverde discussie op over de medische identiteit en tot concurrentie van de psychologen, en vooral de centraal geregisseerde reorganisatie van de ggz leverde de grootste uitdaging op, waarbij de vereniging niet opgewassen bleek tegen de beleidsbepalende instituties en overkoepelende organen met hun professionele apparaten.

10) 1990 - The Decade of the Brain

Op 25 juli 1989 tekende President George Bush een presidentiële verklaring waarin de jaren negentig als de '[Decade of the Brain](#)' werden omschreven. De president was daartoe aangezet door rapporten van o.a. de NIMH en de [NINDS](#). In de jaren tachtig lobbyden een aantal wetenschappelijke groepen zoals de Society for Neuroscience en de National Committee for Research in Neurological and Communicative Disorders (NCRCD) bij de federale overheid voor grotere investeringen in neurowetenschappelijk onderzoek.



In 1987 werkten de NINDS en de NCRCD een voorstel uit om een nationaal initiatief te ontwikkelen dat neurowetenschappelijk onderzoek zou verbinden met relevante gezondheidsvraagstukken. De focus zou komen te liggen op het beter begrijpen van de organisatie en het (dis)functioneren van het brein en het zenuwstelsel, met concrete, meetbare onderzoeksdoelen.

De fanfare die de presidentiële verklaring begeleidde stond in schril contrast tot de bescheiden verhoging van de subsidies voor NINDS en NIMH. Ondanks het ontbreken van een stevige financiële injectie betekende het initiatief een stimulans voor neurobiologisch onderzoek. In hetzelfde jaar werd het [Human Genome Project](#) gestart, en de identificatie van genetische loci voor neurologische (dis)functies liep vooruit op andere gebieden van genetisch onderzoek. De Amerikaanse neuroloog Lewis P. Rowland stelde het aldus:

“As a public relations gambit, the Decade was a success. As a way of engaging scientists, legislators, and leaders of voluntary agencies, it was a success. As an education program it successfully mirrored the wonderful scientific and technological advances. As part of the preparation for the bipartisan doubling of the neuroscience budget, the Decade was a clear success. We cannot be certain the Decade had anything to do with these advances, which might well have come without the public hue, but the advances and the education marched together.”



“Decade of the Brain” resolution with (l-r) Sen. Pete Domenici (R-NM), Sen. Donald Riegle, Jr. (D-MI) and Sen. Silvio Conte (R-MA, sponsor of the bill).

1990 Begins the Decade of the Brain