

Uitwerking NVvP Tijdlijn 1991 – 2000

1) 1991 - Nieuwe zakelijkheid (1): Beleidsnota Rooijmans; naar een professionele vereniging

De groei en vermaatschappelijking van de ggz die in de jaren tachtig was ingezet, zette door in de jaren negentig, waarbij zich een aantal schijnbare tegenstellingen voordeden. In de jaren tachtig was de heersende politieke gedachte dat de overheid teveel hooi op zijn vork had genomen en moest terugtreden. Het rapport van de commissie Dekker (1987) maakte de geesten rijp voor een zorgstelsel met minder overheid en meer markt. Tegelijk nam echter het maatschappelijk belang van de ggz toe en de rol van de overheid daarin ook, zeker nadat de ggz in 1989 via de AWBZ grotendeels onder auspiciën van de overheid kwam. De ‘terugtrekkende’ overheid wilde óók greep op de groei en ordening van de ggz. De NVvP worstelde met haar eigen rol en positie in de uitdijende ggz. ‘Het beleid van de Vereniging maakt naar buiten een verbrokkelde indruk,’ schreef voorzitter Rooijmans in zijn beleidsnota *De toekomst van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* (1991). Het bestuur meende dat de vereniging te reactief en defensief acteerde op de (vele) beleidsmaatregelen (zie vorige afleveringen van de Tijdlijn) en streefde naar een meer zelfbewuste houding met een helder publiek profiel. Verdere professionalisering van de vereniging zelf was dringend noodzakelijk. De kern lag, conform de historische identiteit, bij de kwaliteit van de psychiatrische praktijk. De vaste commissies CWA (Commissie Wetenschappelijke Activiteiten) het Consilium (Commissie voor de Opleiding tot psychiater) speelden daar al een belangrijke rol in, en daaraan werd nu de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) toegevoegd. Met de opkomst van *evidence-based medicine* ging de CKZ een trekkersrol spelen bij de ontwikkeling van professionele richtlijnen. Mede ingegeven door een tekort aan psychiaters vooral in de chronische zorg, de psychogeriatric en de zwakzinnigenzorg, pleitte de nieuwe voorzitter Zitman voor een professioneel statuut waarin de rol en taak van de psychiater helder omschreven zou worden en waarin de rol van ‘eindverantwoordelijke’ expliciet gemaakt zou worden. In 1993 werd de Taakgroep Profielschets Psychiater Generalist o.l.v. van W. van Tilburg ingesteld om het ‘publieke profiel’ te verhelderen. In 1996 verscheen -na enige jaren discussie- de *Profielchets Psychiater*, waarin de basis van de professionele rol lag in het begrip *ziekte*, waarmee het logisch was dat de psychiater als medisch specialist als eerste aangewezen was om diagnose en behandeling vast te stellen. Het ging daarbij om een brede opvatting van medische deskundigheid, geworteld in het [biopsychosociaal model van Engel](#), waardoor de psychiater ook in de steeds meer multidisciplinaire ggz de rol van *primus inter pares* op kon eisen. Volgens Vos vertegenwoordigde de profielschets vooral een ideaalbeeld en had het een strategische functie, niet eens voor het publiek – die de weg naar de psychiatrie steeds beter wist te vinden – maar voor de eigen beroepsgroep, om meer eendracht en zelfbewustzijn te creëren, maar ook om psychiaters te stimuleren in ggz-instellingen te gaan werken als ‘*playing captain*’. De schijnbare eenheid in de profielschets stond haaks op het Trimbos-onderzoek dat in 1998 verscheen en tot vier profielen van de psychiater kwam op basis van hun werksetting: psychiaters in fulltime dienstverband bij een instelling, psychiaters met overwegend een eigen praktijk, parttime werkende psychiaters en psychiaters die op honorariumbasis verbonden waren aan een ggz-instelling maar niet aan een psychiatrisch ziekenhuis. Uit het onderzoek bleek dat de vrije vestiging inmiddels het grootste aantal psychiaters telde, ondanks de pogingen om psychiaters juist meer aan instellingen te verbinden. In 1996 publiceerde het NVvP-bestuur het eerste meerjarig beleidsplan *Samen op weg naar een integraal Kwaliteitsbeleid van en voor de NVvP*,

waarmee het zich conformeerde aan de toenemende verzakelijking en rationalisering binnen de ggz, terwijl de focus op kwaliteit als centraal doel behouden bleef (en aansloot bij het overheidsdenken dat langzaam richting uitkomstfinanciering aan het verschuiven was). De nadruk lag, kortom, op rationeler, uniformer, overzichtelijker en transparanter professioneel handelen, wat zich weerspiegelde in de organisatie en communicatie van de vereniging. De groei pijnen waren er zeker nog niet uit, getuige de affaire rond de eerste penningmeester, die zijn huis bleek te hebben afgebouwd met verenigingsgeld. E.e.a. leidde tot aftreden van het toenmalig bestuur in 1996.

2) 1992 - Evidence-Based Medicine

In 1992 werd in de *Journal of the American Medical Association* een artikel gepubliceerd waarin *Evidence-Based Medicine* (EBM) aan de medische wereld geïntroduceerd: *Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine* (*Journal of the American Medical Association*, 268: 2420–5).

De term EBM was in 1990 door de eerste auteur van het artikel bedacht: Gordon Guyatt, hoofdopleider interne geneeskunde aan McMaster University (Ontario). De EBM methode borduurde voort op het werk van David Sackett en zijn collega's van de Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics bij McMaster. Hun grondgedachte was dat als artsen een beter begrip zouden hebben van klinisch onderzoek, ze deze eerder en beter zouden toepassen bij hun klinische besluitvorming, met betere zorg als resultaat. EBM werd in het 1992 artikel gedefinieerd als 'the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients.'

In de jaren die volgden begon EBM aan een gestage opmars. In [een artikel uit 2005](#) constateren Claridge et al. dat in de Medline database het gebruik van de term EBM sinds '95 lineair toegenomen was (het artikel is ook interessant omdat de auteurs -geheel ahistorisch- EBM terugzoeken in de Oudheid, de Middeleeuwen en de Renaissance). Ze merken ook op dat het succes van EBM mede te danken was aan technische ontwikkelingen: in de groeiende mogelijkheden van computers om data op te slaan en te verwerken, en data-uitwisseling via het internet. Tegelijk paste het met de *Zeitgeist* van rationalisering en objectivering die ook op andere terrein aan invloed won.

Hoogleraar Richtlijnontwikkeling Jan Swinkels schreef samen met J. van Everdingen (secretaris Kwaliteitsinstituut) een geschiedenis van EBM in de psychiatrie, [zie hier](#). In het artikel contrasteren ze EBM met een traditionele manier van geneeskunde beoefenen, die gebaseerd zou zijn op navolgen van leermeesters, die weer handelden op basis van eigen pathofysiologische en psychologische inzichten. Dit lijkt wat zwart-wit, maar wordt verderop genuanceerd: ervaringskennis van de arts is wel degelijk relevant, maar moet 'strakgetrokken' worden: waar nodig gecorrigeerd en aangevuld door de feiten, althans onze beste kennis daarvan. Het succes van EBM was volgens hen te danken aan de behoefte van artsen aan up-to-date informatie, technische vooruitgang én de toenemende vraag naar transparantie en verantwoording, tegen de achtergrond van de juridisering van de samenleving. Dit laatste wijst op de manieren waarop EBM ingezet werd, wat [in een artikel](#) van historici Bolt en Huisman uit 2015 ook naar voren komt. EBM was een hervormingsbeweging met grote zendingsdrang en een iconoclastische inslag: de *authority-based medicine* moest omver geworpen worden. Revoluties dragen echter altijd het risico dat succes gevolgd wordt door vervorming of verlies van het oorspronkelijke ideaal. In dit geval ging het Sackett c.s. om *critical appraisal* en *empowerment* van de individuele professional (tegen autoritair dogma), maar met de grootschalige toepassing van EBM rezen zorgen over, in de woorden van Uphur

(arts opgeleid bij McMaster): “a new orthodoxy, as resistant to criticism and reflection as the ‘paradigm’ it sought to replace.... The vast majority of clinicians and trainees are not interested in EBM at all! What they want is to be told where to go and what to look for, and they want others to do this work for them...Practitioners are to access trusted sources of pre-appraised, predigested, and for the most part, EBM-sponsored information. How this is empowering in any way is unclear. How this fosters independence of thought in medical controversies is even less clear.”

Het succes én de zorgen over EBM zouden aanhouden; zie bijvoorbeeld het recente opinieartikel in het British Medical Journal ‘[The illusion of evidence-based medicine](#)’. Een ander veel gelezen en geciteerd stuk is [Evidence based medicine: a movement in crisis?](#) van Greenhalgh et al. uit 2014. Meer over wel en wee van EBM in de volgende aflevering.

3) 1992 - Trauma, herstel en vrouwenhulpverlening

In de openingszin van *Trauma and Recovery* (1992) schrijft Judith Herman dat haar boek er niet zou zijn gekomen zonder de *Women’s Liberation Movement* en het feministisch initiatief om de basale concepten van normale en abnormale psychologische ontwikkeling opnieuw uit te vinden, voor mannen en vrouwen. Het publiek debat over ‘common atrocities of sexual and domestic life’, zo schrijft ze, is mogelijk gemaakt door de Vrouwenbeweging, maar in zichzelf is dat een voorbeeld van het soort strijd dat telkens weer gevoerd moet worden tegen het ‘episodisch vergeten’ van trauma door de geschiedenis heen. Herman verbindt dit sociale vergeten met de worstelingen met repressie, confrontatie en acceptatie op persoonlijke en relationeel niveau. Het boek betekende een doorbraak m.b.t. het publieke bewustzijn van seksueel trauma en baande de weg voor andere klassiekers zoals van der Kolk’s *Traumatic Stress* (1996).

Hoe klaar was Nederland ondertussen om de realiteit van seksueel geweld te erkennen? In 1982 richtten slachtoffers van incest de *Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling binnen het Gezin* (VSK) op, die zich beijverde het taboe rond seksuele kindermishandeling in maatschappij en media te doorbreken. Nadat Catherine Keyl in Hier en Nu aandacht besteedde aan incest volgde er een stroom debatten, publicaties en radio- en tv-programma’s. Op verzoek van het Ministerie van Sociale Zaken onderzocht Nel Drayer seksueel misbruik door familieleden. In 1988 werd haar rapport *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten* gepubliceerd, in 1990 volgde haar daarop gebaseerde proefschrift. Minister de Koning sprak bij het overhandigen van het rapport over een “epidemie van seksueel geweld”. Geleidelijk kreeg de erkenning van de verbreidheid (en complexiteit) van seksueel en andere trauma een plaats in wetenschap, samenleving en zorg, ook door kritische debatten rond hervonden herinneringen en multipele persoonlijkheidsstoornis.

In 1992 verscheen ook *Vrouwenhulpverlening en Psychiatrie* van Nelleke Nicolai. In het Canon Vrouwenopvang is [een pagina](#) gewijd aan dit werk, dat als eerste de seksespecifieke (sociale) factoren bij het ontstaan en het beloop van psychische aandoeningen in een verklaringsmodel integreerde én handvatten bood op behandeling daarop af te stemmen. U leest daar ook meer over de relatie met het werk van de eerder in de Tijdlijn besproken [Phyllis Chesler](#), en het gedachtengoed van [Nancy Chodorow](#). Meer over het werk van Chodorow vindt u [hier](#). Nicolai definieerde vrouwenhulpverlening als zorg waarbij ‘aard en oorzaak van de problemen van vrouwen in verband gebracht worden met haar socialisatie en positie in de maatschappij. Centraal staat hierbij het inzicht, dat er bij veel vrouwen een voortdurend conflict is tussen de normen die de maatschappij aan hen stelt en die ze zich eigen hebben

gemaakt en de identiteit, behoeften en verlangens van vrouwen'. Voor een aantal stukken van Nicolai o.a. over de invloed van het feminisme op de psychotherapie (met historisch overzicht) kunt u [hier](#) terecht. In het canon is ook een pagina gewijd aan wetenschappelijk onderzoek naar geweld tegen vrouwen, [zie hier](#). In de jaren volgend op Nicolai's boek verbreedde vrouwenhulpverlening naar 'seksespecifieke hulpverlening', waarbij nog steeds de effecten van sociale rollen centraal stonden, maar nu m.b.t. vrouwen én mannen. Er ontstonden vrouwen- en mannengroepen in ambulante en dagklinische zorgprogramma's, voor een deel overlappend met groepen voor gendersensitieve behandeling van (complex) trauma.

Een actuele ontwikkeling op dit gebied is de oprichting in 2021 van de Alliantie Gender en GGZ, die kennis en bewustwording van genderverschillen bij professionals en publiek, en gendersensitief onderzoek en onderwijs wil stimuleren. [Hier](#) leest u meer. Hoe zit het eigenlijk met de vertegenwoordiging van vrouwen in de geschiedenis van de psychiatrie? In een artikel uit 2004 schrijft Hirschbein dat er weinig bekend is over praktiserende Amerikaanse vrouwen voor de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw. Hoewel vrouwen inderdaad nauwelijks vertegenwoordigd waren in leidende posities, waren vrouwelijke artsen al sinds het midden van de 19^e eeuw werkzaam in de psychiatrie, aanvankelijk vooral voor gynaecologische en obstetrische problemen. Pas in de 20^{ste} eeuw mochten vrouwen lid worden van de professionele organisatie van gestichtsartsen. Het bevechten van een positie in een door mannen gedomineerde (maar zelf ook nog jonge) professie gebeurde soms op basis van genderspecifieke kwaliteiten (een specifiek vrouwelijk perspectief), soms juist niet (nadruk op generieke kwaliteiten van de arts). De 'tweede golf' van entree van vrouwen in de geneeskunde volgde op de feministische golf van de jaren zestig en zeventig, waarbij opnieuw het specifiek vrouwelijk perspectief in stelling werd gebracht tegen het als de te technisch-rationele praktijk. Het artikel is via Researchgate beschikbaar [hier](#).

4) 1993 - Nieuwe zakelijkheid (2): *Onder Anderen*, maatschappij en psychiatrie

In veel retrospectieven worden de 'woelige jaren zestig' (die in Nederland vooral in de jaren zeventig plaatsvonden) als een crisisperiode aangemerkt voor de psychiatrie (zie eerder in de Tijdlijn en bijv. [dit redactioneel in het Tijdschrift voor Psychiatrie](#)). Je zou echter ook kunnen zeggen dat deze periode, waarin individuele autonomie en ontplooiing maatschappelijk gezien centraal kwamen te staan, de grondslag legde voor een stevigere maatschappelijke verankering van de ggz in de daarop volgende decennia. De ggz groeide fors, en de overheid probeerde de gepaard gaande uitgavengroei te beperken en van het lappendeken aan instellingen (die via verschillende historische routes tot stand waren gekomen) een samenhangend en evenwichtig gespreid geheel te maken. Binnen de ggz bestond de erfenis van de kritische psychiatrie uit nieuwe psychotherapeutische initiatieven, betere rechtsbescherming, en een grotere nadruk op humanisering. De 'psychologisering van de samenleving' zette door waarmee hulp zoeken voor psychische problemen acceptabeler werd. Maar de individualisering kende ook een keerzijde. Het aantal echtscheidingen nam toe, evenals het percentage alleenstaanden. In meerdere publicaties wees Schnabel op de toegenomen eisen die de samenleving aan het psychische en sociale functioneren van individuen stelde. Schnabel bekritiseerde de kritische disciplineringsretoriek van Foucault en stelde dat het toenemende beroep op de ggz juist een teken was van bevrijding uit 'chaos, onzekerheid en willekeur'. De maatschappelijk betrokken zelfontplooiing van de jaren zestig kreeg geleidelijk meer het karakter van druk op de eigen verantwoordelijkheid van het

individu. Het pleidooi voor meer marktwerking en een meer bescheiden rol voor de overheid was terug te lezen in de nota *Onder Anderen* van staatssecretaris Simons: de overheid moest minder als 'regelneef' en meer als 'regisseur en hoeder' optreden, en vermaatschappelijking moest centraal staan in de ggz. Hij bepleitte (net als de *Nieuwe Nota* eerder) een meer functionele, vraaggestuurde organisatie in de ggz. Dit stuitte op de complexe organisatie van de ggz, de financiële schotten, de corporatistische cultuur, en politiek draagvlak onder de paarse kabinetten.

Het aantal mensen dat in zorg kwam nam enorm toe in de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw, sterker dan het ook stevig groeiend aantal professionals: tussen 1980 en 2000 was er sprake van ten minste een verdubbeling van het aantal aanmeldingen. Tussen 1980 en 1995 steeg het aantal aanmeldingen van ruim 17 tot 31 promille van de Nederlandse bevolking. Opnames stegen van ruim 3 tot ruim 4 promille, en ambulante aanmeldingen van 14 tot bijna 26 promille. Tussen 1986 en 1996 nam het aantal hulpverleningscontacten bij de Riaggs met rond de 70% toe en verdubbelde het aantal consulten op de poliklinieken. Het aandeel van de extra- en semimurale zorg nam toe van 12 tot 19%, terwijl die van de intramurale zorg daalde van 78 naar 61%. De ambulantisering werd dus ingezet, tegelijk stakte deze ontwikkeling, om meerdere redenen: financiering die samenwerking tussen ggz, gemeenten en sociale en welzijnszorg belemmerde, en die de afbouw van bedden niet beloonde (integendeel); gebrekkige samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders in het ambulante veld (zo bedienden Riaggs en de poliklinieken van ambulante ziekenhuizen en ggz instellingen voor een deel dezelfde doelgroepen), en een discrepantie tussen het aanbod van de Riagg's, die zich (conform de behandelcultuur van de instellingen waaruit ze voortgekomen waren) voornamelijk richtten op psychotherapie en inzichtgevende behandelingen, terwijl de maatschappelijke vraag meer lag op het gebied van de chronische en sociale psychiatrie. Uit twee onderzoeken onder psychiaters bleek ook een veel grotere belangstelling voor psychotherapie in de vrije praktijk dan voor sociale en klinische psychiatrie. Ook de academische psychiatrie leek zich, met de opkomst van de biologische psychiatrie, van de sociale psychiatrie af te wenden. In Verward van Geest wordt deze academische beweging overigens gerelativeerd: hoewel er zeker hoogleraren werden aangesteld met een onmiskenbaar biologisch profiel (van Praag, Kahn, den Boer), waren de sociale psychiatrie (Giel, Ormel, Schene, van Os) en de psychologisch-psychotherapeutische (Fischer) richtingen zeker nog academisch vertegenwoordigd. Daarnaast bestreek 'biologische psychiatrie' een relatief breed denkkader waartoe een antireductionist als van den Hoofdakker zich ook rekende. Biologie viel voor de laatste niet samen met een nauw-materialistische visie op mens en geestesziekte, een kritiek die breed gedeeld werd door psychiaters die van Tilburg's brede visie op het vak deelden. Toch vormde dit deel van een bredere spanning tussen de toenemende nadruk op de medisch-biologische benadering op basis van evidence-based medicine, en de sociaal-psychiatrische aanpak waarop vermaatschappelijking gestoeld was. Volgens Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra keerde de psychiatrie zich met de medisch-biologische oriëntatie deels af van de sociale hulpverlening aan moeilijk te behandelen chronische patiënten, en ging dit ten koste van de inzet voor hun huisvesting in de samenleving, arbeidsrehabilitatie en dagbesteding, en van het draagvlak binnen de ggz voor vermaatschappelijking. Maar ook de stroom psychiaters die in de vrije praktijk zich vooral toelegden op psychotherapie riep zorgen en kritiek op (en was, zoals boven beschreven, een aanleiding om via de Profielschets de psychiater de instelling in te verleiden). Tenslotte bleken de idealen van vermaatschappelijking niet in de pas te lopen met de daadwerkelijke bereidheid van de maatschappij om mensen met (ernstige, chronische) psychiatrische aandoeningen te integreren. Politie, woningcorporaties en gemeenten werden geconfronteerd met de schaduwkanten van de ambulantisering in de vorm van sociaal isolement, (zelf)verwaarlozing, gebrek aan dagbesteding en

overlast. Al deze instanties moesten het collectieve belang (bijv. van omwonenden) afwegen tegen die van individuen. Gemeenten waren onvoldoende toegerust om in dit veld een regisserende rol te spelen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid publiceerde in deze periode meerdere kritische rapporten over de extramuralisering en wees op verwaarlozing van bepaalde patiëntengroepen en overbelasting van hun familie en naasten. Steeds vaker gingen er stemmen op de asiel functie van psychiatrische ziekenhuizen te bewaren of te herstellen.

5) 1994 - DSM-IV

De DSM-IV was eigenlijk niet de vierde versie, want na de DSM-III volgde in 1987 de DSM-III-R, die net als de derde editie onder de hoede van Robert Spitzer stond. Allen Frances, die meer dan Spitzer een klinisch psychiater was, stond aan het roer van de DSM-IV. De meest opvallende verandering aan de DSM-IV ten opzichte van de vorige edities was dat er niet zoveel veranderde: waar DSM-III terecht gezien wordt als revolutionair, en de DSM-III-R bijna dertig nieuwe diagnoses toevoegde, terwijl er ook het nodige gesleuteld werd aan diagnostische criteria, was de insteek van Frances bewust conservatief. Hij zag zichzelf meer *'as a refiner/conservator rather than an innovator'* en, deels beïnvloed door EBM, bracht hij stevige normen aan voor de inclusie van nieuwe diagnoses: *'A change would only be made when it was compellingly necessary and there was an overwhelming consensus on the science.'* De DSM-IV bleef dus trouw aan de voorgaande edities en behield daarmee de empirische, categorale structuur. Wel werd het onderscheid tussen 'organische' en 'niet-organische' stoornissen opgeheven, dat gezien werd als een foutief dualistisch uitgangspunt (en volgens sommigen nog een nagel in de doodskist van de psychoanalytische invloed in de classificatie betekende).

In *DSM: A History of Psychiatry's Bible* betoogt Horwitz dat de belangrijkste veranderingen rond de DSM-IV zich niet binnen maar buiten de classificatie afspeelden: waar de eerste twee versies van de DSM weinig maatschappelijke impact hadden (behalve de furore rond de diagnose homoseksualiteit), drong de DSM gaandeweg de jaren tachtig diep in de maatschappij door en werd een 'cultureel object'. De taal van de DSM werd een taal waarmee mensen hun eigen ervaringen omschreven en konden plaatsen (later zou Ian Hacking naar dergelijke processen verwijzen als *looping effects*). De DSM-III was, zoals eerder beschreven, een onverwacht explosief succes geworden, was breed geïnstitutionaliseerd, en speelde (samen met de ICD) wereldwijd een sleutelrol in de organisatie en vergoeding van zorg. Het was in rap tempo *too big to fail* geworden. Horwitz merkt op dat er ook een tegengestelde beweging op gang kwam: de maatschappij ging zich meer met de classificatie bemoeien. De rol van *advocacy groups*, patiëntverenigingen en andere lobbyisten bij de ontwikkeling van de DSM nam in de loop van de jaren toe. En natuurlijk moeten we de rol van *big business* in de vorm van de farmaceutische industrie (zie verderop) hier ook markeren. Ook de financiële belangen van de APA zelf speelden een rol bij de DSM: meer dan een miljoen exemplaren van de DSM-III-R werden verkocht, wat de APA rond de 20 miljoen dollar opleverde. De DSM-IV ging jaarlijks voor in totaal \$6,5 miljoen over de toonbank. In 2000 publiceerde de APA de DSM-IV-TR (tekst revisie) die op een paar kleine correcties na overeenkwam met de DSM-IV. Volgens Horwitz stond de wetenschappelijke noodzaak daarvan in de schaduw van de financiële behoeften.

Het aantal verkochte DSM's is indrukwekkend, maar het zou zo maar kunnen dat dit een fractie is van het aantal verkochte boeken over de DSM en de impact daarvan, ten goede en ten kwade. Was de proliferatie van psychiatrische aandoeningen die in de DSM-III en DSM-III-R plaatsvond oorzaak of

reflectie van de expansie van de psychiatrie in het maatschappelijk bewustzijn. Was dit nu ongewenste medicalisering of juist een broodnodige correctie op verwaarlozing van psychisch lijden? En hoe diep en infaust waren commerciële belangen in het classificatiesysteem geïnfilteerd? Was dit nu wetenschappelijke progressie, 'het beste dat we hebben', of hét bewijs dat psychiatrische wetenschap ten diepste op drijfzand berustte, met een classificatie die nog steeds, volgens Spitzer in ... voornamelijk op expert consensus berustte, en weliswaar (maar zelfs dat werd betwist) een aardige betrouwbaarheid kende, maar grote vragen en uitdagingen kende rond de validiteit. Het ideaal van de Neokraepelinianen was immers om validiteit volgens de klassiek medisch pathofysiologische weg te bereiken. *De Decade of the Brain* was goed op stoom, en we wisten steeds meer over hoe het brein werkte, maar de bevindingen waren te aspecifiek om het ideaal te kunnen schragen. Het fundamentele vraagstuk van de validiteit zou dé aanzet vormen van het DSM-5 project, waarover meer in de volgende aflevering.

6) 1991 - World Wide Web

In 1991 werd het *world wide web* beschikbaar gemaakt voor commerciële partijen en in 1993 kregen ook particulieren toegang tot het web. Het wereldwijde web wordt in het algemeen gezien als het geesteskind van [Tim Berners-Lee](#), een ingenieur die in de jaren tachtig bij CERN werkte. Berners-Lee had het concept van [hypertext](#) bedacht om de uitwisseling van informatie tussen onderzoekers te faciliteren. Door dit idee te koppelen aan de beschikbaarheid van [TCP](#) (Transmission Control Protocol) en [DNS](#) (Domain Name System) werden de basisvoorwaarden gelegd voor het internet ([zie hier](#) voor een veel vollediger geschiedenis). In 1993 werd de eerste webbrowser geïntroduceerd: [Mosaic](#), niet lang daarna opgevolgd door [Netscape Navigator](#). Met deze browsers konden webpagina's makkelijk worden bekeken, waarmee de 'multimediale' internet was geboren. In hetzelfde jaar werd een versie voor Windows pc's geïntroduceerd, en de eerste internetgemeenschappen ontstonden, zoals [De Digitale Stad](#). Een jaar later volgden de eerste onlinewinkels, in 1996 internettelefonie, en in 1997 het eerste sociale netwerk, SixDegrees.com. Vanaf 1997 kwam de [internetzeepbel](#) op gang die in 2000 barstte.

Met de ervaring van 20 jaar internet is het interessant commentaren te lezen uit deze tijd over wat het internet zou kunnen gaan betekenen voor maatschappij, de geest en de psychiatrie. Nobelprijswinnaar [Herbert Simon](#) sprak al over de 'derde informatierevolutie' m.b.t. de invloed van de computer op de samenleving (de eerste twee waren het ontstaan van schrift en de boekdrukkunst). Anderen wezen op een overeenkomst met de industriële revolutie: toen vervingen machines fysieke menselijke arbeid, nu zouden pc's mentale arbeid gaan vervangen (het meest treffend verbeeld door de winst van [Deep Blue](#) op wereldkampioen schaken Garry Kasparov in 1997. Wat betreft de geestelijke gezondheid somden Christensen en Griffiths in [2000](#) en [2003](#) een aantal mogelijkheden en potentiële problemen van het internet op. Toegang tot informatie, digitale hulpbronnen en online therapie leverden een forse potentiële winst in de toegankelijkheid van zorg op, zeker in gebieden die met grote geografische afstanden moesten omgaan. Maar kwantiteit en kwaliteit van de informatie zouden tot problemen kunnen leiden: hoe goede bronnen te vinden bij een overload aan data waarvan de betrouwbaarheid niet meteen duidelijk is? Verder stonden evidence en ethiek van online therapie nog in de kinderschoenen. Welke invloed zou (gebruik van) het internet op 'gebruikers' kunnen hebben? Op maatschappelijk niveau werd internet aanvankelijk gezien als een techniek die een nieuwe golf van democratisering zou kunnen brengen, omdat met beperkte middelen veel meer mensen niet alleen toegang tot informatie hadden, maar op een nieuwe, snelle manier sociale netwerken konden vormen.

De keerzijde was dat dezelfde techniek bewoners kwetsbaar maakt voor controle en manipulatie (oa via propaganda) door de staat of andere krachtige instituten. Gergen had al in 1991 in *The Saturated Self* gewaarschuwd voor een fragmentatie van persoonlijke identiteit door de hoeveelheid en dynamiek van moderne sociale netwerken, en sommigen zagen internet als weer een versneller van hetzelfde proces. Een decennium later schreef Nicolas Carr een geruchtmakend artikel in *The Atlantic* waarin hij zijn zorgen uitte over de invloed die onze afhankelijkheid van netwerktechnologie zou hebben op onze cognitieve processen en de structuur van onze hersenen: "[Is Google Making Us Stupid?](#)". In hun jaarlijkse uitvraag stelde *Edge* aan een groot aantal deskundigen de vraag hoe het internet ons denken verandert, [zie hier](#) de antwoorden. In 2013 verscheen in *Transcultural Psychiatry* een aardig overzicht van de problematiek van de hand van Kirmayer, Raikhel en Rahimi: "[Cultures of the Internet: Identity, community and mental health](#)". Daarin worden ook 'pathologieën van het internet' beschreven zoals internetverslaving, online pesten, en secundaire sociaal isolement. De (academische) vraag werd gesteld of deze technologie nu die problemen veroorzaakte, of slechts een vehikel of katalysator was van bestaande problemen. De opkomst van *apotemnophilia* via online 'biosocial communities' gaf aan hoe vormen van psychopathologie die anders waarschijnlijk beperkt waren gebleven zich breder konden verspreiden. Hoe dan ook moesten maatschappij en ggz zich oriënteren op deze problemen. Zelfs de definitie van wanen kwam onder druk te staan: het uitzonderingscriterium voor niet-kloppende ideeën op basis van acceptatie door een sociale groep werd lastiger vol te houden doordat het mogelijk bleek rond de meest merkwaardige overtuigingen een steunende online community te vormen. Een hoogst actueel probleem, zie bijvoorbeeld het recente stuk van Veling et al. [hier](#).

7) 1997 - De nieuwe zakelijkheid (3): GGZ Nederland en de 'stille revolutie'

Ondanks de mislukking van een top-down reorganisatie van de ggz zoals eerder geschetst spreken Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra toch van een stille revolutie in de ggz in de jaren tussen 1985 en 2005, met misschien wel duurzamere gevolgen dan de 'jaren zestig'. De organisatie van zorg veranderde ingrijpend en de schotten tussen intra-, semi- en extramurale sectoren begonnen te verdwijnen. Vijf ontwikkelingen speelden daarin een rol: de AWBZ-financiering (1989) gaf een flinke impuls aan de beschermende woonvormen; instellingen anticepeerden op een stelselwijziging door samenwerking te zoeken o.a. via zorgprogramma's; de eerste Multifunctionele Eenheden werden opgeleverd (die in Onder Anderen een belangrijke rol hadden gekregen in het verkrijgen van een gebalanceerd zorgaanbod); de Zorgvernieuwingsgelden gericht op transmurale samenwerking voor met name chronische geesteszieken; en de fusies van zorginstellingen in regionale ggz organisaties.

Vooraf in de tweede helft van de jaren negentig was er sprake van een fusiegolf in de zorg, ook in de ggz. Naast de meeste psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs gingen ook een groot aantal RIBW'en en enkele PAAZ'en, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verslavingszorg op in grootschalige organisaties. Van de 41 zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen die voor de eerste fusies bestonden waren er in 2000 nog 9 en in 2005 nog 2 over. Hoewel RIBW'en minder animo vertoonden (uit angst hun care-cultuur te verliezen aan de cure-cultuur van de ziekenhuizen en Riaggs) slonk het aantal daarvan tussen 1993 en 2004 van 40 naar 23. Zo ontstond een bestuurlijke centralisering en organisatorische schaalvergroting, terwijl de zorgverlening zelf steeds meer gedeconcentreerd en in kleinschalige voorzieningen plaatsvond. Deze fusies kunnen deels gezien worden als anticiperende reactie op de wens van de overheid het beheer van de sector meer over te laten aan de markt, maar ook als middel om het

oud en nijpend probleem van de gebrekkige ordening en coördinatie van het ggz-zorglandschap aan te pakken: een grote organisatie zou beter een breed palet van goed op elkaar aansluitende hulpverleningsvormen kunnen aanbieden dan een matig samenwerkende verzameling autonome kleinere aanbieders. Aan het begin van het nieuwe millennium waren de meeste psychiatrische ziekenhuizen, Riaggs en instellingen voor beschermende woonvormen opgegaan in 33 gefuseerde organisaties. Ook de koepelverenigingen fuseerden: de ambulante (NVAGG), semimurale (NVBW), intramurale (NVGG) en verslavingszorg (NVIV) verenigingen gingen in 1997 op in de Vereniging GGz Nederland. Het College van Zorgverzekeringen concludeerde in een studie van vier fusies uit 2002 dat ze inderdaad tot verbetering van de hulpverlening hadden geleid. Keerzijde hiervan was dat grote regionale monopolisten op de zorgmarkt ontstonden, terwijl behandelaren en patiënten zich zorgen maakten over rationalisering en bureaucratie die samenhangen met schaalvergroting.

8) 1997 - Big Business

De *Decade of the Brain* was ook het decennium waarin het gebruik van psychofarmaca wereldwijd fors toenam. Het voorkomen van psychische aandoeningen in de bevolking lag (net als met lichamelijke aandoeningen) altijd al hoger dan het aantal mensen dat daadwerkelijk behandeling zocht en kreeg, maar de verhoudingen veranderden. Zo verdrievoudigde het aantal mensen dat voor depressie werd behandeld tussen 1987 en 1997. De introductie van SSRI's en 'atypische antipsychotica' gaf aanzet tot een periode van hoge activiteit vanuit de farmaceutische industrie binnen de psychiatrie. Het meest zichtbaar en mogelijk daardoor ook het meest controversieel was dit in de Verenigde Staten, waar onder Reagan al wetten waren aangenomen die private initiatieven binnen zorg en wetenschap stimuleerden. Zo gaf de [Bayh-Dole Act](#) uit 1980 wetenschappers en universiteiten het recht om potentieel winstgevendende ontdekkingen en uitvindingen te patenteren, ook als het onderzoek met publiek geld gefinancierd was. Publiek-private samenwerking werd eerder regel dan uitzondering, ook in de psychiatrie, en richtte zich niet alleen op ontwikkeling van nieuwe middelen, maar op opleiding en voorlichting van artsen en burgers; zo ontvingen *advocacy groups* als de [NAMI](#) fondsen van verschillende farmaceutische bedrijven. Tijdens het jaarlijkse APA congres mochten farmaceutische bedrijven standjes huren en lunch- en dinerbijeenkomsten verzorgen.

Van meet af aan waren er zorgen over belangenverstrengeling en beïnvloeding, en al in de jaren negentig verschenen kritische boeken als *Blaming the Brain. The Truth about Drugs and Mental Health* (Valenstein) en *The Antidepressant Era* (Healy). Sommige samenwerkingen waren dan ook wel erg innig. Een klein voorbeeld: in 1993 organiseerde SmithKline een bijeenkomst van zijn adviesraad in Palm Beach. Van de 20 leden waren drie daarvan tevens lid van de DSM-IV Task Force. Voorzitter van de adviesraad was Charles Nemeroff (van wie we later zullen horen). Men overnachtte in het Ritz-Carlton, en de leden ontvingen tussen de 2500 en 5000 dollar vergoeding voor hun deelname. Doel van de bijeenkomst was om "na te denken over hoe eerstelijns artsen te motiveren waren om Paxil voor te schrijven ipv een van de concurrerende middelen zoals Prozac of Zoloft." Een van de leden, James Ballenger, werd hoofd van de Paroxetine Panic Disorder Study Group voor SmithKline Beecham, en deze groep publiceerde in 1996 de onderzoeksdata die ertoe leidde dat de FDA Paxil goedkeurde voor de behandeling van paniekstoornis.

Dit is één klein voorbeeld uit duizenden, en zal bij verschillende lezers waarschijnlijk verschillende reacties oproepen. Is zo'n samenwerking nou zo erg? Als meer mensen geholpen kunnen worden met

hun aandoening, dan is dat toch goed? Dit is toch win-win? Maar kunnen we die data nu wel vertrouwen? Hoe zit het met wetenschappelijke objectiviteit? En hoeveel invloed heeft reclame op het voorschrijfgedrag van artsen? Die laatste vraag zou in de VS nog relevanter worden na 1997, want toen [stemde de FDA in](#) met een wijziging van haar richtlijnen, waarbij DTC (direct-to-consumer) reclame veel makkelijker werd gemaakt. Reclame-uitgaven explodeerden van \$800 in 1996 naar \$2,5 miljard in 2000 en een piek in 2007 van \$4,9 miljard. De omzet van psychofarmaca steeg navenant: tussen 1987 en 2001 verzesvoudigde deze, een twee keer zo snelle stijging als die van alle geneesmiddelen samen.

9) 2000 - Omzien naar de psychiatrie (1): Millenniumnummer TvP

In januari 2000 verscheen het 'Millenniumnummer' van het Tijdschrift voor Psychiatrie. Via een serie terugblikken naar artikelen uit de beginperiode van het tijdschrift (eerste jaargang 1969) werd een aantal auteurs gevraagd te reflecteren op de actuele stand van zaken van het vak, en te speculeren over de toekomst. Tien collega's leverden bijdragen over een breed spectrum van onderwerpen. Hier een selectie.

Jan Pols, eerder A-opleider in Assen en hoofdopleider Psychotherapie, besprak een artikel van Harrie Rooijmans (later voorzitter van de NVvP), een volgens Pols felle en polemische kritiek op de 'antipsychiatrie' onder de titel 'Alternatieve Psychiatrie'. Rooijmans ziet een betere toekomst voor de psychiatrie vanuit een rationele, empirisch-wetenschappelijk perspectief. Die richting heeft zich inderdaad 'stormachtig en spectaculair' ontwikkeld volgens Pols, 'ook omdat aansluiting wordt gevonden bij de evidence-based ideologie die in de geneeskunde als geheel triomfen viert.' Pols zag sindsdien een onevenredige nadruk op biologisch onderzoek, mede vanwege de mogelijkheid tot financiering door de farmaceutische industrie, en maakte zich zorgen over minder snel rendabel lange termijn en prospectief onderzoek. "De eenzijdigheid zette zich nu weer in de andere richting door...Op de lange duur zal het denken in biopsychosociale richting voor de psychiatrie zonder twijfel het beste zijn, omdat het aan de complexe psychiatrische werkelijkheid het meeste recht doet. Het is echter de vraag of de verleiding tot eenzijdigheid, waartegen Rooijmans ten strijde trok, in de toekomst weerstaan kan worden."

Herman van Praag besprak zijn eigen artikel uit 1974, 'Naar een biochemische typologie van depressie?' Daarin werden drie verwachtingen geformuleerd. Biologisch onderzoek van gedragsstoornissen zou leiden tot: (1) preciezere indicatiestelling van behandeling met psychofarmaca; (2) ontwikkeling van biochemisch selectievere en therapeutisch gerichtere psychofarmaca; en (3) 'gerichte polyfarmacie' op basis van denken in verstoorde neuronale evenwichten in plaats van puntvormige laesies. De eerste verwachting was volgens van Praag niet ingelost, onder meer vanwege de beperkingen van het 'nosologische ziektebegrip' (met name in de DSM) die 'afzonderlijke, goed van elkaar afgrensbare ziekte-entiteiten veronderstelt, die ieder voor zich niet alleen gekenmerkt zouden zijn door een bepaalde symptomatologie en verloop, maar ook door een specifiek onderliggend neurobiologisch substraat'. De validiteit daarvan was echter toen reeds aantoonbaar zeer beperkt. Van Praag stelde daar een functioneel psychopathologisch model tegenover, die later terug te vinden zou zijn in het RDoC project (waarover meer in een latere aflevering). De tweede verwachting was 'voor een zeer bescheiden deel bewaarheid': SSRI's en MAO-remmers vertegenwoordigden een bescheiden progressie. Ook hier richt van Praag zijn pijlen vooral op tekortkomingen van de DSM. De derde verwachting is ook niet bewaarheid, mede ook omdat het stoelt op het succes van de vorige twee. Van Praag verzucht dat de denosologisering en functionalisering van de psychiatrische diagnostiek veel trager was verlopen dan hij had gehoopt. Als hij de balans opmaakt van het nut van de 'enorme hoeveelheid fundamenteel klinisch en preklinisch hersen- en gedragsonderzoek dat sinds de jaren vijftig is verricht voor de psychiatrische

praktijk', dan concludeert hij: '...diagnostisch vooralsnog bijzonder weinig. Nosologische entiteiten als schizofrenie, major depression, dysthymie en vele andere entiteiten dragen de naam entiteit 'ten onrechte: het zijn bassins van heterogene syndromen met een twijfelachtige en vaak slecht onderzochte validiteit'. Historisch interessant: wie geneigd is de geschiedenis in zwart-wit kleuren te beschouwen, associeert van Praag met de 'biologische zuil' waartegen de antipsychiatrie zich keerde (met forse persoonlijke gevolgen voor van Praag zelf). Hier echter preludeert hij op een uitspraak van van Os ruim een decennium later ('[Laten we de diagnose schizofrenie vergeten](#)') die door critici weer gelijkgesteld werd met de ideologie van de antipsychiatrie! De moraal van dit verhaal is dat goede wetenschappers beter verdienen dan een geschiedenis in zwart-wit.

Lees verder in het Millenniumnummer [hier](#).

10) 2000 - Omzien naar de psychiatrie (2): een geschiedenis van geschiedenissen

De mijlpaal 2000 nodigt uit terug te kijken op de vorige duizend jaar. Een geschiedenis van 1000 jaar zorg voor geestesziekte (waarvan ca. 200 jaar psychiatrie) kan echter alleen maar tekort gedaan worden door een stukje van een paar paragrafen. Wat wél kan, is die geschiedenis bekijken door het prisma van de ontwikkelingen in de geschiedschrijving zélf: de historiografie van de psychiatrie. In 2000 verscheen in het [winternummer](#) van *Bulletin of the History of Medicine* een serie artikelen gewijd aan het werk van de in 1997 overleden historicus Jack Pressman en vooral zijn postuum verschenen boek [Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine](#). *Last Resort* gaat over een van de meest omstreden episodes van de geschiedenis van de psychiatrie, de psychochirurgie. Het onderwerp heeft vaak dienst gedaan als een lakmoesproef van de psychiatrie: als bewijs van de fundamentele wreedheid en onwetenschappelijkheid ervan, of juist van de waarde ervan omdat het juist aan wetenschap te danken was dat deze praktijk werd afgeschaft. Pressman's geschiedenis is illustratief voor de ontwikkeling van de geschiedschrijving omdat het exemplarisch is voor het vervangen van meer normatieve vormen van geschiedschrijving over de psychiatrie naar een meer contextuele, in empirie van praktijken gewortelde aanpak. In zijn [necrologie](#) van Pressman schrijft Makari (zelf schrijver van o.a. het fraaie [Soul Machine](#)) dat de geschiedschrijving van de psychiatrie geplaagd is door ideologie: enerzijds door 'self-justifying triumphalism' en meer recent door 'a cynical and dismissive belief in psychiatrists as malevolent enforcers of social control'.

Braslow schrijft dat ook historici zich niet geheel kunnen onttrekken aan hun tijdgebonden sociopolitieke en wetenschappelijke context. Hij haalt Zilboorg's *History of Medical Psychology* en Shorter's *History of Psychiatry* aan als werken die hun context niet ontstijgen: Zilboorg schrijft, aan de vooravond van de (Amerikaanse) hegemonie van de psychoanalyse een verhaal "that leads inexorably toward the triumph of psychoanalytic truth", terwijl Shorter's narratief onlosmakelijk deel uit maakt van de hoogtijdagen van de biologische psychiatrie in de jaren negentig, waarin de psychoanalyse "an ill-begotten detour into pseudoscience" was, en de biopsychiatrie "the inevitable outcome of psychiatric science and practice". Dergelijke werken, waartoe deze auteur ook Lieberman's *Shrinks* rekent, bezondigen zich aan een gebrek aan zelf- en contextueel bewustzijn, en vervallen geregeld in presentisme en 'progressieve geschiedenis' (waarin het heden als de culminatie van successievelijke verbeteringen en doorbraken in het verleden wordt geschetst). Braslow verwijst naar het artikel "A Plea for a 'Behaviorist' Approach in Writing the History of Medicine" van Ackerknecht als een omslagpunt in het schrijven van medische geschiedenis, waarin gepleit werd voor empirische studie van praktijken van artsen en andere zorgverleners zélf, in

plaats van alleen de (soms geïdealiseerde) *peer-reviewed* literatuur. In de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw verlegden ook historici van de psychiatrie hun blik naar wat psychiaters daadwerkelijk wel en niet deden voor patiënten, maar ook naar de context waarbinnen ze opereerden, via medische dossiers, verslagen uit het gesticht, maar ook de autobiografische werken waar Roy Porter als een van de eersten de aandacht op vestigde in [The Patient's View: Doing Medical History from below](#). Deze *material turn* naar een meer empirische studie van praktijk en context leverde de historiografie een meer objectieve grondslag.

Voor de publicatie van *Last Resort* was misschien het meest bekende werk over lobotomie Valenstein's *Great and Desperate Cures*, een gedegen studie naar deze praktijken, maar één die ook een forse dosis morele woede bevatte. Die woede is begrijpelijk, maar hindert de analyse, volgens Braslow: lobotomie wordt beschreven als 'bizar en obsoleet' maar Valenstein biedt geen verklaring voor het feit dat een kennelijke bizarre behandeling toch als therapeutisch effectief werd opgevat en opgepakt door vele artsen. Pressman kiest een ander perspectief: in plaats van lobotomie voorstellen als een uitbijter, een aberratie, schetst hij de wetenschappelijke, professionele en culturele context die ertoe bijdroeg dat lobotomie werd gezien als een valide, wetenschappelijke, effectieve behandeling. Dit verhaal is wellicht méér verontrustend, omdat het de comfortabele geruststelling weghaalt dat lobotomie slechts het product was van overenthousiaste onderzoekers en wanhopige en onkritische artsen. Integendeel, zegt Pressman: psychochirurgie was intiem verweven met de reguliere psychiatrische wetenschap en klinische praktijk. Reden te meer dus om niet alleen reflectief te zijn op het eigen handelen, maar ook een voortdurend besef te hebben van de contextgevoeligheid van het actuele wetenschappelijk perspectief, en te waken voor al te gemakkelijke oordelen over historische gebeurtenissen vanuit de comfortabele leunstoel van het heden.

Een van de meest gedegen verhandelingen over de historiografie van de psychiatrie is te vinden in [History of Psychiatry and Medical Psychology](#) door Edwin Wallace.