

## Verward van Geest en Ander Ongerief

Presentatie Symposium *Psychiatrie en Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Koninklijke Academie van Wetenschappen, Amsterdam, 31/10/2008.

### Harry Oosterhuis

In mijn voordracht zal ik uiteenzetten wat onze doelstellingen en ambities zijn die we met dit boek nastreven. Tegelijkertijd zal ik iets zeggen over de invalshoeken aan de hand waarvan wij de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg beschreven hebben. Vervolgens zal ik beknopt aangeven hoe ons boek is ingedeeld en wat er zoal in de vijf delen te lezen is. Tot slot zal ik, bij wijze van inleiding op de discussie, aan de hand van een selectie uit tien stellingen enkele belangrijke inzichten die in ons boek zijn aan te treffen, presenteren.

#### 1. Ambities en perspectieven

Onze voornaamste ambitie was een complete en contextuele geschiedschrijving van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanaf het eind van de negentiende eeuw tot heden. Dat wil zeggen, wij willen beschrijven en verklaren hoe gedurende de twintigste eeuw het aanvankelijk kleine en marginale psychiatrische zorggebied, waarvan mensen in de regel alleen gebruik maakten in geval van ernstige geestesziekte en hoge nood, uitgroeide tot een omvangrijke geestelijke gezondheidszorg die zich richtte op een breed scala aan problemen. Ons boek gaat over de wijze waarop moeilijkheden vanaf het eind van de negentiende tot de eenentwintigste eeuw betekenis kregen en behandeld werden als psychiatrische of geestelijke gezondheidsproblemen en over de rol die zowel zorgaanbieders als hun patiënten of cliënten daarbij speelden. Hoewel er soms ook probleemgebieden uit het psychiatrische werkveld verdwenen, was er in de twintigste eeuw onmiskenbaar sprake van een tendens om steeds meer kwesties tot het terrein van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg te rekenen. Daarbij nam dit werkveld niet alleen in omvang toe, maar veranderde het ook van gedaante. Verder ging het ons om de wederzijdse beïnvloeding van maatschappelijke ontwikkelingen enerzijds en de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg anderzijds en over de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en die in andere landen.

Een belangrijke invalshoek vormt wat wij aanduiden met *(medische) markt* en *probleemcultuur*. Het marktbegrip geeft aan dat de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg grotendeels een kwestie is van enerzijds het al dan niet geïnstitutionaliseerde aanbod aan zorg en hulpverlening en anderzijds de behoefte daaraan en de vraag daarnaar. Wat betreft dat laatste

hebben wij onze ambitie maar ten dele kunnen waarmaken. Bij de huidige stand van het onderzoek ontbreekt het aan voldoende informatie over de vraagkant: de beleving van de lijdens en hun hulpzoekgedrag. Hetzelfde geldt voor de zorg en behandeling buiten de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: bijvoorbeeld in familiekring, door huisartsen of door alternatieve genezers. Vandaar dat de reguliere aanbodzijde van de psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt noodgedwongen meer aandacht krijgt dan de vraagkant en dat het domein van de professionele psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg de kapstok van het boek vormen. Vooruitlopend op een van de stellingen die wellicht nog later ter sprake komt, kunnen we stellen dat het door Abram de Swaan gemunte begrip *protoprofessionalisering* bijzonder relevant is voor grote delen van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. Dat wil zeggen: de mate waarin aandoeningen en moeilijkheden door leken worden herkend en benoemd als door deskundigen te behandelen problemen is in hoge mate afhankelijk van het bestaan, de omvang en de aard van een professioneel hulpverleningsaanbod. In het begrip *probleemcultuur* komt tot uitdrukking dat moeilijkheden pas problemen voor de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg zijn geworden als ze een bepaalde betekenis hebben gekregen in grotendeels sociaal en cultureel bepaalde interpretaties zowel van de direct betrokkenen, de hulpverleners en -vragers, als in de bredere maatschappij waarin zij leven. Het gaat ons om de aanverandering onderhevige betekenisgeving aan uiteenlopende moeilijkheden die we in de titel hebben aangeduid als geestelijke verwarring en ander ongerief.

De veranderende betekenisgeving van moeilijkheden die als al dan niet behandelbare problemen voor de psychiatrie of geestelijke gezondheidszorg zijn gaan gelden, impliceert dat hun *domein* en hun inhoud in hoge mate sociaal en cultureel bepaald en derhalve veranderlijk zijn. Wat wel en niet tot de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg behoort, is op voorhand niet te bepalen. Op dit punt hebben we ons laten inspireren door een perspectief dat uit de wetenschapssociologie en -geschiedenis afkomstig is: *boundary-work*, het idee dat wetenschappen of vakgebieden niet gegeven zijn en niet worden bepaald door een onveranderlijk object van kennis of interventie, maar dat ze het product zijn van grensafbakening, -verschuivingen en -schermutselingen ten opzichte van andere wetenschappen en werkgebieden. Onder de noemers van psychiatrie, psychische hygiëne, geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg zijn in de loop van de twintigste eeuw uiteenlopende en wisselende vormen van zorg en behandeling en hulpverlening gerangschikt. Het antwoord op de vraag welke moeilijkheden en activiteiten tot het werkgebied van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg behoorden, was herhaaldelijk inzet van claims en strijd om professioneel gezag, wetenschappelijke legitimiteit, (be)handelingsbevoegdheid en geld. Hun domein raakte aan en overlapte met dat van talrijke andere werkvelden: andere takken van de geneeskunde, de kerkelijke zielzorg, de armenzorg en filantropie, het maatschappelijk werk, de psychologische dienstverlening, de justitiële sfeer, de kindbescherming, het bijzonder onderwijs en de (alternatieve) psychosomatische hulpverlening.

Onze hoofdambitie was een *contextuele geschiedschrijving*, dat wil zeggen wij hebben getracht om de ontwikkeling van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg te plaatsen in de context van meer algemene maatschappelijke ontwikkelingen. Zo hebben wij aandacht besteed aan de economische conjunctuur, de instrumenten van wet- en regelgeving en financiering, het overheidsbeleid, de ontwikkeling van de verzorgingsstaat, de verhouding tussen staat en particulier initiatief, de invloed van godsdienst en verzuiling, de modernisering van Nederland (urbanisering, industrialisering de vergroting van de geografische en sociale mobiliteit) en veranderende opvattingen over maatschappelijke omgangsvormen, *zelfontplooiing* en (democratisch) *burgerschap*.

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondergingen niet alleen de invloed van de rest van de maatschappij, in de loop van de twintigste eeuw beïnvloedden zij op hun beurt de samenleving ook steeds sterker. In toenemende mate werden afwijkende gedragingen en levensmoeilijkheden in termen van geestesstoornis of psychisch probleem benoemd. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben tot op zekere hoogte ook bijgedragen tot een nieuwe publieke moraal, nadat die van het gegeven gezag en de godsdienst deels waren weggefallen. In dit verband kan ook worden gewezen op de bijdrage van de geestelijke gezondheidszorg aan het bredere proces van *psychologisering* in de zin van een mentaliteitsverandering die te omschrijven is als een combinatie van toenemende individualisering en verinnerlijking. In de Nederlandse samenleving was met name vanaf de jaren zestig sprake van een zich over steeds bredere bevolkingslagen uitspreidende tendens om innerlijke roerselen en persoonlijke gevoelens te articuleren. Met name op dit punt draagt ons boek deels het stempel van *Norbert Elias' civilisatietheorie*, waarin de veranderende emotiehuishouding van de moderne Westerse mens onder invloed van veranderende maatschappelijke verhoudingen en omgangsvormen centraal staat.

Wat betreft de relatie tussen de geestelijke gezondheidszorg en burgerschap gaat het vooral om de formulering van idealen omtrent persoonlijkheidsvorming of zelfontplooiing, waarbij de internalisering van democratische waarden een belangrijke rol speelt. Dat is een thema die niet alleen aansluit op het werk van Elias, maar ook op dat van Michel Foucault, die vaak als Elias' tegenhanger wordt gezien. Met name Foucault heeft gewezen op de ironie achter het streven naar individuele autonomie en zelfbepaling, namelijk dat dit vergezeld ging van steeds meer aansporingen tot gedragsregulering en het afleggen van verantwoording met betrekking tot het eigen gedrag en de drijfveren daarachter. Terwijl Foucault het streven naar zelfkennis en zelfbeheersing opvat als de kern van een onstuitbare en alomvattende disciplinerende en sociale regulering, zouden wij het, in aansluiting op het werk van Norbert Elias en zijn adepten, ook met sociale egaliserende en democratiserende in verband willen brengen, ontwikkelingen die in de vaak nagevolgde benadering van Foucault onvoldoende recht worden gedaan.

Tot slot is een belangrijke invalshoek de *internationale vergelijking*. We hebben ruime aandacht besteed aan de internationale invloeden die van belang waren voor de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Ten einde het al dan niet specifieke karakter daarvan vanuit internationaal perspectief in kaart te brengen, hebben we ook steeds, voor zover wij over voldoende informatie beschikten over andere landen, vergelijkingen getrokken met andere Westerse landen, met name Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten. Een groot deel van de stellingen is ingegeven door de vraag in hoeverre de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in internationaal opzicht bijzondere kenmerken vertonen.

## **2. Opbouw**

In grote lijnen is ons uit vijf delen bestaande boek chronologisch opgebouwd. Elk deel is min of meer volgens een vast stramien ingedeeld: achtereenvolgens besteden wij steeds aandacht aan de ontwikkeling van het psychiatrisch vak en de beroepsgroep, de universitaire psychiatrie, de intramurale psychiatrie (oftewel de krankzinnigengestichten, psychiatrische inrichtingen dan wel ziekenhuizen en sanatoria en tal van andere intramurale instellingen), de forensische psychiatrie, de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de instellingen van de extramurale of ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Het eerste deel, 'Psychiatrie in opbouw', begint, na een korte terugblik op de voorgeschiedenis, in 1871 met de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, die in de drie daaropvolgende decennia werd gevolgd door ingrijpende veranderingen in de bestaande krankzinnigenzorg en een beginnende expansie van het psychiatrisch-neurologisch werkterrein. Rond het einde van de Eerste Wereldoorlog kwam een aantal nieuwe ontwikkelingen op gang die het gezicht van de psychiatrie blijvend zouden veranderen en die deels het fundament legden voor de verdere verbreding van haar werkveld.

Deel 2, 'Beloftes van het nieuwe', dat de periode van het interbellum beslaat, gaat grotendeels over die veranderingen en verbreding. Naast en in zekere zin ook tegenover de zich in sociale en medische zin vernieuwende inrichtingspsychiatrie ontstond een nieuw werkterrein, dat van de geestelijke volksgezondheid.

Deel 3, 'Ontwrichting, uitbouw en kentering', omvat de periode 1940-1965: de Tweede Wereldoorlog en de 'lange jaren vijftig'. Die periode kenmerkt zich door enerzijds de consolidatie en verdere organisatorische uitbreiding van wat in het interbellum tot stand was gekomen en anderzijds inhoudelijke vernieuwingen die vanaf 1965 mede dankzij de toegenomen welvaart en de verzorgingsstaat op bredere schaal ingang vonden in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Het daarop volgende tijdvak, de jaren 1965-1985, die wij in deel 4, 'Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand' behandelen, vormt wellicht de

meest turbulente periode in de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg - dit niet alleen inhoudelijk vanwege de doorwerking van de zogenaamde antipsychiatrie en de daarmee gepaard gaande polarisatie en grote publieke aandacht, maar ook organisatorisch vanwege de snelle en omvangrijke uitbreiding van de psychiatrische en psychosociale hulpverlening alsook de toenemende overheidsbemoediging.

In het midden van de jaren tachtig kwam aan deze polarisatie en uitdijing een eind en begon een nieuwe periode. Deel 5 over de tijd vanaf halverwege de jaren tachtig tot 2005 draagt de titel 'Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking'. Toen kwam een einde aan de organisatorische scheiding tussen de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg, die in Nederland sinds de jaren twintig had bestaan. Daarnaast vonden ingrijpende zorginhoudelijke vernieuwingen plaats, waarbij het doel was om het aantal en de duur van opnamen in psychiatrische ziekenhuizen te beperken en deze deels te vervangen door woon- en behandelvoorzieningen in de maatschappij. Aan het eind van de twintigste eeuw stopte deze ontwikkeling.

### **3. Stellingen**

Ik ben nu bij het derde deel van mijn inleiding aangekomen, de 10 stellingen waarin een aantal belangrijke conclusies in ons boek bondig zijn verwoord. Ik zal elke stelling kort toelichten.

#### **1. Sterker dan voor de rest van de geneeskunde geldt voor de psychiatrie dat haar (omstreden) geschiedenis van belang is voor de identiteitsvorming van het vak en de beroepsgroep.**

De geschiedenis van de psychiatrie, die gekenmerkt wordt door felle debatten, maakt duidelijk dat de psychiatrie een moeilijk te definiëren en af te bakenen werkterrein is. Psychiaters hielden zich niet alleen bezig met geneeskunde (diagnose en medische en psychologische behandeling), maar ook met sociale begeleiding, ondersteuning en opvoeding. Behalve op individuele patiënten of cliënten richtten sommigen van hen zich ook op de samenleving en manifesteerden zij zich als bewakers van de maatschappelijke orde en als volksopvoeders of juist als cultuurcritici en maatschappijhervormers. Psychiaters beperkten zich dus niet tot als medisch of psychisch beschouwde moeilijkheden, maar hun bemoeienis strekte zich ook uit tot sociale, ethische en politieke kwesties. Het object van de psychiatrie lag niet vast en ook de benoeming en indeling van psychiatrische ziektebeelden was aan verandering onderhevig. Wat de verklaring en behandeling van psychische stoornissen betreft was er geen sprake van een gemeenschappelijk paradigma. De psychiatrie laat zowel in het verleden als in het heden een voortdurende richtingenstrijd zien, in het bijzonder een steeds terugkerende pendelbeweging tussen medisch-biologische en psychologische en ook sociale benaderingen. Uiteenlopende modellen, theorieën en therapieën wisselden elkaar af of bestonden naast elkaar. Bovendien hing de

keuze voor een bepaalde benadering niet alleen af van wetenschappelijke inzichten, maar evenzeer van de vigerende waarden en normen omtrent de wijze waarop mensen met elkaar omgingen. Psychiaters lieten zich dan ook veelvuldig eerder leiden door wat naar hun idee in de praktijk werkte en passend was in een bepaalde maatschappelijke constellatie dan door wetenschappelijke kennis. Mede door het gebrek aan therapeutische resultaten en de regelmatig terugkerende kritiek op de bejegening van patiënten, kwam de wetenschappelijke en de maatschappelijke legitimiteit van de psychiatrie voortdurend ter discussie te staan. Weliswaar zijn sinds de jaren zestig psychiatrische behandelingen beter wetenschappelijk onderbouwd dan daarvoor, maar het is de vraag wat dit alles heeft opgeleverd. Ondanks het biochemische, genetische en neurofysiologische onderzoek, de geavanceerde psychofarmaca en de scantechnieken van de laatste decennia zijn psychiaters er nog steeds niet in geslaagd om de oorzaken van geestesziekten eenduidig bloot te leggen, laat staan dat zij de definitieve genezing van de lijdens daaraan dichterbij hebben gebracht. Geestesziekte blijft een weerbarstig fenomeen, dat zich steeds weer onttrekt aan de vermeende zegeningen van de wetenschappelijke (en ook maatschappelijke) vooruitgang.

Anderzijds waren de verwachtingen van zowel psychiaters als hun cliëntèle en het bredere publiek omtrent nieuwe behandelmethoden - bijvoorbeeld in de jaren zestig en zeventig de diverse psycho- en sociotherapieën en in de afgelopen twee decennia de psychofarmaca - steeds weer hooggespannen. De opvattingen in de maatschappij over de psychiatrie varieerden van verguizing tot ophemeling. De geschiedschrijving van de psychiatrie weerspiegelt in zekere zin de verdeeldheid van het vak zelf en de sterk wisselende beeldvorming ervan in de samenleving. Vanwege de voortgaande discussie over de oorzaken van geestesziekte en de behandeling ervan blijft de geschiedenis actueel.

De tweede reden voor het belang en ook het omstreden karakter van de historiografie heeft te maken met de sociaal-culturele betekenisgeving aan geestelijke verwarring. Mede vanwege haar raadselachtigheid, de uiteenlopende reacties die zij oproept - vaak afkeer en angst vermengd met medelijden, maar soms ook idealisering - en het gebrek aan een eenduidige wetenschappelijke verklaring, kan geestesziekte dienen als projectiescherm voor uiteenlopende visies op mens en maatschappij. Dit des te meer omdat met name voor ernstig geesteszieke mensen geldt dat zij de fundamentele regels van het sociale verkeer en de onuitgesproken, maar door iedereen gedeelde verwachtingspatronen en conventies, doorbreken. De onbegrijpelijke en voor anderen oninvoelbare uitingen van psychisch gestoorden vallen buiten de vanzelfsprekendheid en voorspelbaarheid waarop als normaal geldend sociaal gedrag gebaseerd is. De psychiatrie biedt een begrijpelijke verklaring voor dergelijke onbegrijpelijke gedragingen: het gaat om ziekte of stoornis. De definitie van psychische stoornis, zowel in de psychiatrie als in de samenleving, hangt echter grotendeels samen met maatschappelijke normen omtrent al dan niet acceptabel gedrag. Op deze manier beweegt de psychiatrie zich op het

gevoelige terrein waar de veranderlijke normatieve regels van het samenleven zichtbaar worden.

## **2. In haar oriëntatie geeft de Nederlandse psychiatrie vanouds blijk van een grote mate aan pragmatiek, flexibiliteit en openheid.**

Met deze stelling willen wij de aandacht vestigen op het feit dat de Nederlandse psychiatrie al vanaf het eind van de negentiende eeuw naast de medisch-biologische benadering veel ruimte heeft geboden aan diverse psychologische, pedagogische en sociale benaderingen. Weliswaar afficheerde de psychiatrie zich in nauwe verbondenheid met de neurologie als tak van de geneeskunde, maar in feite ontwikkelde zij zich tot een eclectisch, multidisciplinair vak. Dat zou de psychiatrie in de gehele twintigste eeuw blijven, ook toen de biomedische richting in de jaren tachtig en negentig weer aan invloed won. Opvallend in de Nederlandse psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen is de hang naar moreel- en sociaal-opvoedkundige benaderingen. Verder onderscheidde de Nederlandse psychiatrie zich door de vroege en positieve receptie van de psychoanalyse en de fenomenologie, die in het bijzonder in de universitaire psychiatrie en in de beweging voor geestelijke volksgezondheid decennialang veel aanhang hadden. Een en ander hing deels samen met de confessionele invloed, die ook heeft gezorgd voor de grote terughoudendheid ten aanzien van de eugenetica, zeker in vergelijking met Duitsland, de Verenigde Staten, de Scandinavische landen en Zwitserland.

De openheid ten aanzien van de alternatieven voor een biomedische benadering bracht ook met zich mee dat naast medici ook andere beroepsbeoefenaren een belangrijke en in toenemende mate gelijkwaardige plaats in de geestelijke gezondheidszorg konden verwerven. Hoewel er nu en dan schermutselingen optraden tussen medici en andere beroepsbeoefenaren, is het opvallend dat psychiaters zich over het algemeen open hebben opgesteld voor multidisciplinaire samenwerking en zich hebben gevoegd naar de toenemende professionele diversiteit in hun werkveld. De grote mate van professionele diversiteit is wellicht typerend voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. In de ons omringende landen hebben psychiaters zich veel sterker als artsen geprofileerd en hun werkveld scherper als medisch domein bewaakt, waardoor de inbreng en invloed van andere beroepsgroepen als verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, pedagogen en ook geestelijken in de geestelijke gezondheidszorg daar minder groot was en is.

## **3. De ontwikkeling van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich door geleidelijkheid en, vergeleken met die in andere landen, door een grote mate van continuïteit alsook door een grote reikwijdte van zijn werkveld.**

Voor een groot deel is dit te wijten aan het overwegend gemengd publiek-particulier karakter van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke

gezondheidszorg, hun inbedding in verzuilde structuren en de vrij beperkte rol van de rijksoverheid. Hoewel de rijksoverheid vooral in de loop van de jaren vijftig en zestig de subsidieverstrekking en de collectieve financiering verruimde, bleef zij behoudens regelgeving en toezicht op afstand van de organisatie en uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg. De toenemende invloed van de rijksoverheid vanaf omstreeks 1970 betekende niet dat de geestelijke gezondheidszorg van bovenaf en op basis van blauwdrukken werd vernieuwd. De concrete uitvoering en effectiviteit van het overheidsbeleid, dat niet altijd even coherent was, waren in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld. Ondanks de toenemende overheidsbemoeienis en de teloorgang van de verzuiling, bleef de mengeling van particuliere organisatie en uitvoering en publieke financiering en controle bestaan. Hetzelfde gold voor het corporatieve overlegmodel: beleid kwam in samenspraak met het maatschappelijk middenveld en grotendeels op basis van compromis- en consensusvorming tot stand. Van radicale veranderingen en breuken met het bestaande was nooit sprake. Vernieuwingen werden stap voor stap gerealiseerd door voort te bouwen op de voorzieningen en praktijken die al voorhanden waren en daar voortdurend nieuwe elementen aan toe te voegen.

Zo is in Nederland al vanaf de jaren dertig een uitgebreid en gevarieerd netwerk van ambulante voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg tot stand gekomen, dat zich in vergelijking met andere Westerse landen bovendien kenmerkte door de grote reikwijdte van zijn werkveld. Het ging niet alleen om sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten, maar ook om een breed scala aan psychosociale hulpverlening voor uiteenlopende moeilijkheden. In andere Europese landen waren publieke instellingen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, voor zover ze al bestonden, voornamelijk gericht op psychiatrische patiënten en was er een nauwere band met het domein van de (poli)klinische psychiatrie. En voor zover het om psychotherapie ging, werd dit werkveld in andere landen voornamelijk bezet door de particuliere sector van vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die overwegend beter gesitueerde cliënten bedienden.

De geleidelijkheid en continuïteit komen bijvoorbeeld ook naar voren in de rol die de antipsychiatrie of kritische psychiatrie tijdens de jaren zeventig in Nederland heeft gespeeld. In haar daadwerkelijke uitwerking vormde deze niet zozeer een breuk met het bestaande maar veeleer een uitvergroting en stroomversnelling in al bestaande ontwikkelingen. Zo heeft de kritische of antipsychiatrie de uitbreiding van de extramurale, psychosociale hulpverlening en de vernieuwing van de ziekenhuispsychiatrie bevorderd. Nadat de radicale maatschappijkritische elementen waren bijgeschaafd, kon het kritische gedachtegoed vrijwel moeiteloos in de therapeutische gemeenschap en de ambulante sector worden geïntegreerd, die zich al veel langer hadden gedistantieerd van de klinische psychiatrie. Aan de andere kant was de deïstitutionalisering, de afbouw van intramurale capaciteit, in Nederland veel minder radicaal dan in landen als de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië.



Weliswaar kwam de Nederlandse traditie van geleidelijkheid en continuïteit de overzichtelijkheid van het zorgaanbod niet altijd ten goede, maar daar stond een grote mate van stabiliteit tegenover. Een en ander was te danken aan het machtsevenwicht tussen de overheid en het veld. Hiermee onderscheidde Nederland zich van de buurlanden Duitsland en Groot-Brittannië. In Duitsland bezat het veld een overwicht, waardoor met name de koepelorganisaties van artsen en verzekeraars elke verandering in de gezondheidszorg konden blokkeren, terwijl de centraal aangestuurde, onder de *National Health Service* vallende Britse gezondheidszorg geconfronteerd werd met een lawine aan hervormingen, die het veld nauwelijks kon verwerken.

#### **4. De ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg is sterker bepaald door de dynamiek van het hulpverleningsaanbod dan door de vraag naar of behoefte aan zorg en ondersteuning.**

Terugkijkend op de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw stellen wij vast dat de behoefte aan en vraag naar professionele zorg in mindere mate werden bepaald door de omvang en ernst van geestesziekte en ander psychisch leed dat zich in de maatschappij voordeed, dan door krachten aan de aanbodzijde. De oprichting, verspreiding, organisatie en differentiatie van de verschillende zorgvoorzieningen waren in eerste instantie niet zozeer afgestemd op de behoefte aan hulp en zorg - die hoe dan ook moeilijk onafhankelijk van het aanbod vast te stellen is - en de belevingswereld van patiënten en cliënten, maar hadden meer te maken met de economische conjunctuur en de financieringsmogelijkheden, het overheidsbeleid; de professionele ambities, wetenschappelijke inzichten en ideologische overtuigingen van gevestigde en nieuwe beroepsgroepen; de maatschappelijke initiatieven van sociaal bewogen groepen en individuen; en de profileringsdrang van en concurrentie tussen de zuilen.

De beschikbaarheid en nabijheid van psychiatrische instellingen en de mogelijkheden om de behandeling en verzorging daarin te bekostigen, zijn in hoge mate bepalend geweest voor de beslissing (door de familie en/of gemeente) om geesteszieken al dan niet, en in de ene dan wel de andere intramurale voorziening te laten opnemen. Nog sterker dan voor de intramurale psychiatrie en tot op zekere hoogte ook voor de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken gold voor de ambulante psychosociale hulpverlening dat het aanbod in belangrijke mate de vraag schiep. Een groot deel van de ambulante sector richtte zich voornamelijk op lichtere psychische aandoeningen alsmede op belevings- en omgangsmoeilijkheden. Evenals ernstige geestesstoornissen zijn dergelijke moeilijkheden wellicht van alle tijden, maar de wijze waarop mensen deze beleefden en er al dan niet oplossingen voor zochten, was in nog veel sterkere mate aan verandering onderhevig dan de omgang met geestesziekte. De interpretatie van minder ontwrichtende geestelijke of relationele moeilijkheden

als behandelbare problemen voor de professionele geestelijke gezondheidszorg werd sterk bepaald door het bestaan en de bereikbaarheid van gespecialiseerde psychosociale voorzieningen alsmede door bekendheid met de behandel mogelijkheden en het begrippenkader van de hulpverleners. De verspreiding van professionele hulpverlening zorgde ervoor dat allerlei min of meer stilzwijgend beleefde moeilijkheden benoembaar, bespreekbaar en zichtbaar werden. Het ambulante voorzieningenaanbod was in die zin bepalend voor het probleembesef en de gevoelde behoefte aan deskundige hulpverlening. Naarmate er voor meer vormen van ongerief gespecialiseerde behandelingsmogelijkheden kwamen, mensen daarover geïnformeerd en ermee vertrouwd raakten en zij hun moeilijkheden vooral in psychologische termen konden verwoorden, verloor de veronderstelling dat dergelijk leed nu eenmaal bij het leven hoorde haar vanzelfsprekendheid. Ook verdween de schaamte om ermee naar buiten te treden en deskundige hulp te zoeken.

**5. De gestage uitbreiding van het werkveld van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg sinds het eind van de negentiende eeuw is vaak ten koste gegaan van de zorg voor lijders aan ernstige en chronische geestesziekten en vooral ten goede gekomen aan de hulpverlening ten behoeve van mensen met minder ernstige aandoeningen en problemen.**

Deze tendens hangt nauw samen met een patroon dat de geschiedenis van de psychiatrie sinds het midden van de negentiende eeuw als geheel kenmerkt: de voortdurende afwisseling en ook het naast elkaar bestaan van therapeutisch optimisme, teleurstelling en pessimisme. Telkens weer werd vastgesteld dat bestaande voorzieningen niet voldeden om alle patiënten adequaat te behandelen en te genezen. Deze constatering leidde vrijwel nooit tot de conclusie dat de psychiatrie op zichzelf fundamenteel tekortschoot. Veeleer overheerste de verwachting dat een andere organisatie van de zorg en nieuwe voorzieningen wel zouden slagen waar de bestaande hadden gefaald. De teleurstelling over het therapeutisch vermogen van de psychiatrie en de kritiek die sinds de negentiende eeuw regelmatig is uitgeoefend op haar zorginstellingen, hebben overwegend geleid tot een uitdijning van de geestelijke gezondheidszorg. Dit was niet zozeer een bedoelde en doelgerichte ontwikkeling als wel een onbedoeld gevolg van het streven naar vergroting van de therapeutische effectiviteit en het onderscheid dat deze ambitie vaak teweegbracht tussen moeilijk en beter behandelbare patiënten of cliënten. Nieuwe vormen van zorg en behandeling, die doorgaans maar aan een beperkte groep ten goede kwamen, versterkten dit onderscheid vaak. Ze leidden er niet zelden toe dat de therapeutische inspanningen ten behoeve van mensen met lichtere stoornissen ten koste gingen van ernstiger en veelal chronisch geesteszieke patiënten en dat zij tegelijkertijd nieuwe doelgroepen genereerden. Steeds weer zorgden nieuwe instellingen en benaderingen voor de ontginning en articulatie van nieuwe probleemvelden en een uitbreiding van de clientèle van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. De grens van wat hulpverleners

noodzakelijk achtten om te behandelen, schoof voortdurend op, waardoor over het geheel genomen de zwaarte van de moeilijkheden waarop een groeiend aantal van hen zich richtte, afnam.

Deze ontwikkeling komt in de tweede helft van de negentiende eeuw tot uiting in de verdringing van bewaarplaatsen voor ongeneeslijke krankzinnigen door geneeskundige gestichten voor behandelbare krankzinnigen; vervolgens rond 1900 in de verschuiving van de therapeutische aandacht naar andere voorzieningen voor grotendeels andere patiënten, zoals sanatoria en particuliere praktijken voor zenuwpatiënten; universitaire klinieken voor met name acute en behandelbare geesteszieken en zenuwlijders; en sanatoria en consultatiebureaus voor alcoholisten die niet aan geestelijke stoornissen leden. Binnen de gestichten ontstond aan het begin van de twintigste eeuw een differentiatie tussen gesloten en open afdelingen; de laatste onder andere plaats moest bieden aan acute en behandelbare patiënten die louter om geneeskundige redenen waren opgenomen. De beweging voor geestelijke volksgezondheid of psychohygiëne vanaf de Eerste Wereldoorlog kwam mede voort uit therapeutisch pessimisme ten aanzien van de gestichten en zij vormde de opmaat voor de ontwikkeling van een nieuw psychiatrisch werkgebied: het streven naar preventie van krankzinnigheid door middel van de behandeling van minder ernstige aandoeningen als psychosomatische kwalen en zenuwlijden alsook de bestrijding van vermeend problematisch gedrag. De ontwikkeling van de voor- en nazorg, de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de Instituten voor Medische/Multidisciplinaire Psychotherapie was ingegeven door teleurstelling over het therapeutische vermogen van de inrichtingen en de veronderstelling dat het beter was geestesziekte te voorkomen door minder ernstige stoornissen, het 'andere ongerief' uit de titel van ons boek, te behandelen. Zo bevorderde de combinatie van therapeutisch pessimisme en optimisme de oprichting van nieuwe hulpverleningsinstellingen en brachten deze een enorme uitbreiding van de doelgroepen van de geestelijke gezondheidszorg met zich mee. Daarbij namen de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de ambulante instellingen voortdurend afstand van de intramurale psychiatrie: haar doelgroep zouden niet uit geesteszieken bestaan. Tussen de intramurale psychiatrie en een groot deel van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft dan ook lange tijd een grote kloof bestaan.

Een vergelijkbare verschuiving van zwaardere naar lichtere problematiek deed zich voor in de jaren zestig en zeventig. De kritiek op het gebrekkige therapeutische vermogen van de ziekenhuispsychiatrie en de hospitalisatie die deze teweeg zou brengen, vormde een stimulans voor de verdere uitbreiding van de psychosociale hulpverlening en in het bijzonder van de toepassing van socio- en psychotherapeutische behandelmethoden, zowel binnen als buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze verbreding van het therapeutisch arsenaal kwam voornamelijk ten goede aan patiënten en cliënten met de minder ernstige psychische aandoeningen of levensmoeilijkheden en ging nogal eens

ten koste van de inspanningen en de beschikbare middelen ten behoeve van ernstig en chronisch geesteszieke patiënten. Ook de vernieuwingen in de jaren tachtig en negentig accentueerden het onderscheid tussen wel en niet te behandelen patiënten en tussen al dan niet maatschappelijk te rehabiliteren geesteszieken. De biomedische psychiatrie profileerde zich met een therapeutisch optimisme en distantieerde zich van de sociaal-psychiatrische zorg voor chronische geesteszieken. Nieuwe instellingen als de Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra richtten zich vooral op acute patiënten, terwijl op de oude locaties van psychiatrische ziekenhuizen chronische en ernstig gedragsgestoorde geesteszieken achterbleven. Dit was de groep waarover in 2001 het alarmerende rapport *Een keten van lege zondagen* verscheen. De beschermende woonvormen, de zorgvernieuwingsprojecten en het streven naar vermaatschappelijking brachten een schifting met zich mee tussen handelbare chronische patiënten die min of meer voldeden aan het rehabilitatie-ideaal, en de zorgwekkende “zorgmijders” en andere onhandelbare geesteszieken.

## **6. Zowel in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg als in de geschiedschrijving daarvan hebben psychiatrisch verplegenden niet de waardering gekregen die zij verdienen.**

Niet alleen vormen verplegenden de grootste beroepsgroep in de psychiatrie, zij zijn ook in kwalitatief opzicht de belangrijkste zorgverleners. In de psychiatrische ziekenhuizen houden zij de tent draaiende. Zij staan het dichtst bij de patiënten, zij zijn 24 uur per dag aanwezig en zij zijn in de praktijk bepalend voor de kwaliteit van het bestaan van opgenomen psychiatrische patiënten. Hun aantal, hun opleiding en de mogelijkheden die zij krijgen om daadwerkelijk aandacht aan patiënten te besteden, bepalen in hoge mate welke zorg en behandeling geesteszieken ontvangen. Voor een groot deel hangt de al dan niet succesvolle toepassing van psychiatrische behandelingen ook van hun inzet en vaardigheden af. Met name de actievere therapie, de therapeutische gemeenschap en de rehabilitatiepsychiatrie alsook de toediening van medicatie waren niet denkbaar zonder de actieve medewerking van verplegenden. Hetzelfde geldt voor de toepassing van ondankbare en moeilijke taken als de uitvoering van dwangmaatregelen. Het verpleegkundig werk, dat veel praktische en contactuele vaardigheden vereist en dat veel verantwoordelijkheden met zich meebrengt, geldt echter vaak als dermate vanzelfsprekend, of wellicht beter, vanzelfzwaaiend, dat de beroepsgroep relatief weinig aandacht en waardering heeft gekregen; vooral wanneer alles normaal en goed verloopt is het verplegend personeel naar het schijnt onzichtbaar voor andere professionele hulpverleners, beleidsmakers en juristen. Het wrange daarvan is dat zij wel onder vuur komen te liggen als er iets misgaat; andere beroepsgroepen vertonen nogal eens de neiging om zich achter het verplegend personeel te verschuilen.

Ook op het gebied van de sociale psychiatrie is de rol van verplegenden moeilijk te onderschatten. Het leeuwendeel van het praktische sociaal-psychiatrische werk, met name de huisbezoeken en de contacten met andere

hulpverleningsinstanties alsook het *streetcornerwork* met daklozen, werd uitgevoerd door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen dan wel maatschappelijk werkers.

Tot aan het eind van de vorige eeuw heeft Nederland met Engeland en enkele andere landen, een bijzondere positie ingenomen vanwege het bestaan van een aparte basisopleiding voor de psychiatrische verpleging en vanwege het feit dat relatief een groot aantal mannen voor dit beroep koos. Het achterliggende idee daarbij was dat psychiatrische verpleging een apart vak was dat bijzondere, met name ook sociaal-pedagogische en agogische, vaardigheden vereiste. Europese regelgeving op het gebied van de verpleging leidde aan het eind van de twintigste eeuw echter tot de afbouw van de B-opleiding en de vervolgopleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige alsook tot samenvoeging van de basisopleidingen algemene en psychiatrische verpleegkunde. Opmerkelijk was de snelheid waarmee zo een eind kwam aan de bijzondere en volgens velen waardevolle positie van de psychiatrische verpleging in Nederland, ondanks de bezwaren die in de psychiatrische wereld en met name onder psychiatrisch verpleegkundigen zelf en hun beroepsverenigingen klonken.

## **7. De verzuiling heeft de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee verbonden psychologisering van de Nederlandse samenleving bevorderd.**

Evenals andere moderne voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg en sociale hulpverlening was een groot deel van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg tot omstreeks 1970 op verzuilde basis georganiseerd en speelden christelijke drijfveren daarin een belangrijke rol. Gereformeerden en katholieken speelden eind negentiende en begin twintigste eeuw een belangrijke rol bij de uitbouw en modernisering van de Nederlandse krankzinnigenzorg. Veel ambulante voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg kwamen op katholieke en, in wat mindere mate, op hervormde en gereformeerde grondslag tot stand. Deze pasten goed in het verzuilde maatschappelijke middenveld, het netwerk van particuliere organisaties en voorzieningen die op enige afstand van de overheid publieke taken uitvoerden. Het begrip geestelijk verwees naar zowel psychische verschijnselen als religieuze, morele en culturele waarden. Discussies over geestelijke volksgezondheid vormden een kader waarbinnen medische, psychiatrische en psychologische diagnoses zich lieten verbinden met morele en levensbeschouwelijke waarden. Hierdoor kon de beweging voor geestelijke volksgezondheid aanknopen bij het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch ethos door de confessionelen - en ook de sociaal-democraten - werd overgenomen.

Aan de andere kant heeft de verzuiling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg ertoe bijgedragen dat de psychologische benadering van levensmoeilijkheden, vooral die op het gebied van huwelijk, gezin, opvoeding en

seksualiteit, in de confessionele wereld vrij snel ingang vond en aan invloed won. Juist de verzuiling vergrootte de kans dat gelovige mensen in aanraking kwamen met een psychologiserende benadering van normatieve kwesties. Aangezien de confessionele, vooral katholieke, bevolkingsgroepen over eigen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg beschikten, was de drempel voor het inwinnen van deskundige hulp of het doorverwijzen van mensen door geestelijken minder hoog en raakte het gedachtegoed ervan wijder verspreid dan als er alleen neutrale voorzieningen zouden hebben bestaan. De confessionele geestelijke gezondheidszorg heeft, op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling en voordat er sprake was van massale ontkerkelijking, de aanzet gegeven tot een individualisering op moreel gebied, die mede de basis vormde voor de verdergaande liberalisering vanaf de tweede helft van de jaren zestig. In de gepsiologiseerde samenleving werkten bepaalde uit de confessionele wereld afkomstige culturele tradities door, zoals de tendens om maatschappelijke en persoonlijke vraagstukken als gewetenskwesties bespreekbaar te maken, hetgeen zelfreflectie en verinnerlijking bevorderde.

#### **8. Deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg hebben in de twintigste eeuw, met name in de periode 1945-1980, een belangrijke bijdrage geleverd aan de formulering en verbreiding van democratische burgerschapsidealen.**

Terwijl de relatie tussen de inrichtingspsychiatrie en burgerschap in de negentiende en tot ver in de twintigste eeuw overwegend 'negatief' of 'exclusief' was in die zin dat dwangopname gepaard ging met een juridische procedure (rechterlijke machtiging) of bestuurlijke maatregel (inbewaringstelling), waardoor de patiënt zijn of haar burgerrechten voor de duur van de opname of soms zelfs langer verloor, ontstond in de loop van de vorige eeuw ook een meer 'positieve' of 'inclusieve' verbinding tussen psychiatrie en democratisch burgerschap.

Ten eerste kwam er in de jaren zeventig onder invloed van de kritische psychiatrie en de patiëntenbeweging aandacht voor en erkenning van de rechten van de psychiatrische patiënt en werd deze meer en meer als mondig burger gezien. Ook de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg kunnen in dit licht worden gezien. De scheiding tussen woon- en behandelvoorzieningen en het streven naar sociale rehabilitatie van geesteszieken waren deels ingegeven door de veronderstelling dat zij als min of meer volwaardige burgers in de samenleving kunnen en moeten participeren. (Of dit streven reëel is, is een andere kwestie, waarop wij in de negende stelling terug zullen komen.)

Ten tweede valt er vanaf de jaren twintig in de psychiatrie en het bredere gebied van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en (ambulante) geestelijke gezondheidszorg een tendens waar te nemen om geestelijke gezondheid te definiëren in termen die aanhaakten bij de invulling die aan democratisch burgerschap werd gegeven. In hun beschouwingen over geestelijke

volksgezondheid lieten psychiaters en andere woordvoerders van het psychohygiënische gedachtegoed hun licht schijnen op de positie van het individu in de moderne maatschappij en diens mogelijkheden om tot zelfontplooiing te komen. Op deze manier waren zij nauw betrokken bij het veel bredere sociaal-politieke streven naar goed burgerschap, niet alleen in termen van deugdzaamheid, gemeenschapszin, sociale aanpassing, productiviteit en verantwoordelijkheid, maar allengs ook van individuele autonomie, zelfbepaling, zelfbewustzijn, mondigheid en emancipatie. De rode draad in de psychologische invulling van democratisch burgerschap was het evenwicht tussen enerzijds zelfbeheersing en maatschappelijke verantwoordelijkheid en anderzijds individuele zelfontplooiing, zelfexpressie en emancipatie.

Het verband tussen geestelijke gezondheid en burgerschap is te begrijpen in de context van een meer in het algemeen toenemende aandacht voor het innerlijk van mensen, dat aan betekenis won naarmate de sociale en politieke democratisering voortschreed. Juist in een egalitaire en democratische maatschappij, waarin onderschikking, dwang en geweld steeds meer naar de achtergrond verdwenen om plaats te maken voor vrijwillige instemming met en actieve deelname aan het sociaal-politieke bestel, werden de mentaliteit, motivatie en geestelijke vermogens van burgers belangrijker. Een democratische orde kan immers alleen bestaan en in stand blijven als individuen hun vrijheden en rechten op een verantwoorde en beheerste manier gebruikten. Daarbij kwam het aan op internalisering van democratische waarden en persoonlijkheidsvorming.

Vanuit dit perspectief vond een belangrijke kentering rond 1950 plaats. Na de Tweede Wereldoorlog werd de defensieve en afwerende reactie op de modernisering en de nadruk op het behoud van zedelijkheid ingewisseld voor een accommoderende houding en verschoof het accent in het denken over burgerschap van onvoorwaardelijke aanpassing aan gegeven collectieve normen en waarden naar individuele zelfontplooiing. Met het ideaal van geleide zelfontplooiing sloot de geestelijke gezondheidszorg in de jaren 1950-1965 aan bij de sociaal-economische modernisering: individuen moesten hun persoonlijkheid vormen, zelfstandigheid en flexibiliteit ontwikkelen, openstaan voor vernieuwing en op verantwoorde wijze hun zelfverwerkelijking realiseren. De spontane zelfontplooiing die hulpverleners in de jaren zestig en zeventig omarmden, bouwde hierop voort. Het streven naar democratisering, emancipatie, assertiviteit en persoonlijke bevrijding vormde in velerlei opzicht een radicalisering van de geleide zelfontplooiing. Beide zelfontplooiingsidealen brachten een sterk psychologiserende invulling van burgerschap met zich mee. In dit verband is ook opmerkelijk dat toonaangevende psychiaters belangrijke bijdragen leverden aan de morele heroriëntatie die in de jaren zestig en zeventig tot stand kwam, met name ten aanzien van moreel beladen kwesties als oorlogstrauma's, seksualiteit, abortus, drugs, euthanasie en misdaad. In veel landen hadden psychiaters en andere hulpverleners die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, affiniteit met het streven naar sociale

hervorming, maar vrijwel nergens, zo vermoeden wij, speelden sommigen van hen zo'n vooraanstaande rol in de formulering van burgerschapsidealen en de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland tussen 1950 en medio jaren tachtig.

**9. De belangrijkste doelstelling van het overheidsbeleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg sinds de jaren negentig van de vorige eeuw, de vermaatschappelijking in de zin van de integratie van psychiatrische patiënten in de samenleving, is niet gerealiseerd.**

Het mislukken van de vermaatschappelijking ligt niet in de eerste plaats aan de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg of de inzet van hulpverleners, maar is te wijten aan de (veranderde) maatschappelijk context. Terwijl de moderniseringsgolf van de jaren vijftig en zestig, waarin er sprake was van een optimistisch geloof in de verbeterbaarheid van het individu en diens sociale milieu en daarnaast maatschappelijke integratie en emancipatie centraal stonden, in velerlei opzicht gunstige voorwaarden bood voor de benadering van de geestelijke gezondheidszorg, heeft de neoliberale moderniseringsgolf en de algehele verharding van het maatschappelijk klimaat sinds de jaren negentig een domper gezet op de idealistische bevoegenheid in de geestelijke gezondheidszorg. Wat betreft het vermogen van psychiaters en andere hulpverleners om de ontwrichtende symptomen en gevolgen van geestesziekte te beheersen - dus niet zozeer te genezen - zijn er ongetwijfeld vorderingen gemaakt en ook is over het algemeen de levenskwaliteit van psychiatrische patiënten verbeterd en hebben zij meer rechten gekregen. Uitsluiting en medelijden hebben voor een groot deel plaats gemaakt voor medemenselijkheid en rechtsgelijkheid.

Maar juist door het gegroeide respect voor de integriteit en zelfbeschikking van patiënten en cliënten is de taak van de geestelijke gezondheidszorg bepaald niet eenvoudiger geworden, vooral als er sprake is van overlast of gevaar. Hulpverleners krijgen het steeds moeilijker om patiënten en cliënten, hun familie, de naaste omgeving en de samenleving als geheel tevreden te stellen. En wat nog belangrijker is: een humanere bejegening, grotere formele rechtsgelijkheid en een effectievere symptoombestrijding hebben nog altijd weinig invloed op geestesziekte als zodanig en betekenen evenmin dat een van de ingrijpendste gevolgen ervan, het grotendeels of geheel sociaal gehandicapt zijn, weggenomen kan worden. Vrijheid en gelijkheid zijn mooie idealen als het om de gewenste maatschappelijke positie van geesteszieken gaat, maar de werkelijkheid is anders. In onze maatschappij, of die nu als hoogmodern of postmodern wordt gekarakteriseerd, hebben mensen de opdracht om zelf zin en vorm aan hun leven te geven en zichzelf optimaal te ontplooien. Daarbij worden de eisen waaraan moet worden voldaan om de mogelijkheden ook daadwerkelijk te kunnen benutten - een open en actieve houding, zelfsturing, doelgerichtheid, efficiency, assertiviteit, psychologisch inzicht, relationele en communicatieve vaardigheden, een vooruitziende blik - steeds hoger opgeschroefd. Deze



ontwikkeling heeft uiteraard ook een keerzijde: hoe gecompliceerder de samenleving en hoe hoger de eisen, hoe meer uitvallers. Vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap, waarvoor vooral op mentaal gebied steeds hogere eisen gelden, lijkt de afstand tussen mensen met psychische stoornissen of problemen en de meer succesvolle deelnemers aan de moderne samenleving eerder groter dan kleiner te worden. In die zin staan het voor de moderniteit kenmerkende vooruitgangsstreven en maakbaarheidsideaal meer dan ooit op gespannen voet met wat de kern van geestesziekte uitmaakt.

**10. De toenemende zorgconsumptie in de geestelijke gezondheidszorg is eerder te beschouwen als een teken van een verhoogde kwaliteit van het leven dan van een verslechterende psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking.**

In het groeiende beroep op de geestelijke gezondheidszorg komt tot uitdrukking dat mensen in toenemende mate persoonlijke moeilijkheden als behandelbaar en oplosbaar beschouwen. Dit is een gevolg van het feit dat de bevrediging van de basale materiële behoeften heeft geleid tot nieuwe strevingen op zowel materieel als immaterieel gebied. Met de verbetering van de algehele levenskwaliteit, emancipatie en toegenomen mondigheid stegen ook de verwachtingen omtrent de effecten van professionele hulp. Net als voor de somatische gezondheidszorg geldt voor de geestelijke gezondheidszorg de zorgparadox: de steeds toenemende behoefte aan zorg wijst niet op een toenemend aantal zieken, maar op een verhoging van het gemiddelde gezondheidsniveau en een streven om dat te handhaven en zelfs te verbeteren. Een dergelijke vaststelling spoort met enquêteonderzoeken waaruit naar voren komt dat de meeste Nederlanders tevreden zijn met hun leven en dat Nederland behoort tot de landen die hoog scoren met betrekking tot de mate van welzijn en geluk die de bewoners ervaren. De toenemende behoefte aan psychiatrische en psychosociale hulpverlening is een van de symptomen van een grotere individuele vrijheid en zelfbeschikking, een sterk gegroeid geloof in de maakbaarheid van het individuele leven en van de opgeschroefde eisen die in de moderne maatschappij aan mensen worden gesteld. De keerzijde daarvan is dat onvolkomenheden en afwijkingen van wat als normaal of wenselijk geldt moeilijker worden geaccepteerd en dat aan mensen minder ruimte wordt gelaten om 'onverstandige' keuzen te maken en zich passief door het toeval te laten leiden. Steeds hogere normen en verwachtingen zorgen telkens weer voor nieuwe onvrede en rusteloosheid. De sterk gegroeide behoefte aan deskundige kennis, adviezen en hulpverlening hangt nauw samen met deze onzekerheid.