

RELIGIE IN DE NEDERLANDSE PSYCHIATRIE EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Harry Oosterhuis

Het onderwerp van dit artikel is de verhouding tussen enerzijds psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en anderzijds godsdienst in de negentiende en twintigste eeuw. Mede vanwege de verzuiling was de invloed van godsdienst op zowel de inhoud als de organisatie van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg tot omstreeks 1970 groter dan in andere landen. Dit laat ik zien aan de hand van de morele behandeling in de negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg, de ontwikkeling van de inrichtingspsychiatrie, de universitaire psychiatrie, de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Tevens zal ik uiteenzetten waarom godsdienst vanaf de jaren zestig terrein verloor en religie aan het eind van de twintigste eeuw weer meer aandacht kreeg in de geestelijke gezondheidszorg.¹

De morele behandeling

De moderne psychiatrie kreeg gestalte tussen 1780 en 1850, toen het denken over wat waanzin, krankzinnigheid en zinneloosheid heette, veranderde. Onder invloed van de Verlichting werd afstand genomen van de gangbare morele en religieuze benadering die geestelijke verwarring in verband bracht met zonde en schuld. Hoewel geneeskundigen in de Oudheid en Middeleeuwen waanzin, onder andere aan de hand van de theorie van de lichaamsvochten, ook al in termen van ziekte verklaarden, overheerste in het Christendom de morele veroordeling. Geestelijke afwijkingen werden overwegend begrepen in termen van bezetenheid en demonie, als een uiting van de strijd tussen God en duivel om de ziel. Hoewel het perspectief op krankzinnigheid als een van buitenaf komende demonische kracht of goddelijke straf bleef bestaan, verschoof het accent in de zeventiende en achttiende eeuw naar de irrationaliteit waarvan waanzinnigen blijf gaven. In het Verlichtingsdenken was krankzinnigheid geen bovennatuurlijk, onmenselijk fenomeen, maar een defect van de in wezen rationele geest. Rond 1800, toen de term psychiatrie werd gemunt, betoogden zowel geneeskundigen als verlichte filantropen die zich het lot van waanzinnigen aantrokken, dat dezen niet door Gods straf of een duivelse vloek waren getroffen, maar dat zij leden aan een ziekelijke, mogelijk behandelbare aandoening. Maar juist de vorm die de nieuwe therapeutische behandeling kreeg, geeft aan dat godsdienst niet uit de krankzinnigenzorg verdween.

De kern van de nieuwe psychiatrische aanpak was de morele behandeling die rond 1800 in Frankrijk en Engeland werd ingevoerd door zowel geneeskundigen als christelijk geïnspireerde filantropen. Deze was niet zozeer medisch als wel geestelijk en opvoedkundig van aard. De oorzaak van waanzin werd gezocht in een persoonlijk tekort, een gebrek aan redelijkheid, zelfbeheersing, wilskracht en verantwoordelijkheidsbesef. Herstel zou mogelijk zijn door middel van een systematische geestelijke en morele

¹ Dit artikel is gebaseerd op hoofdstukken uit het driedelige boek dat ik samen met Marijke Gijswijt-Hofstra schreef: *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu Van Loghum, 2008).

beïnvloeding in een kalmerende omgeving. De afzondering in een gesticht met een hecht en hiërarchisch georganiseerd leefverband op het rustgevende platteland diende ertoe om het dagelijkse leven van krankzinnigen totaal te controleren en te sturen. De behandelaar moest door middel van zijn morele overwicht en wilskracht een heilzame invloed op de krankzinnige uitoefenen en zo diens chaotische natuur bedwingen. Orde en regelmaat, arbeid in de buitenlucht, onderwijs, religieuze instructie, kerkgang en het systematisch aanleren van zelfbeheersing en deugdzaamheid waren de middelen om dit doel te bereiken.

Christelijk-humanitaire waarden en de eenheid van lichaam en ziel vormden de leidraad in de morele behandeling en daarbij was een leidende rol van artsen niet vanzelfsprekend. De pleitbezorgers van de nieuwe aanpak namen niet alleen stelling tegen de toepassing van lijfstraffen en dwangmiddelen op krankzinnigen, maar zij distantieerden zich ook van traditionele medische ingrepen als aderlaten. Tot ver in de negentiende eeuw zagen geneeskundigen zich geconfronteerd met filantropen, geestelijken, pedagogen, juristen en filosofen die zich ook deskundig achtten op het gebied van krankzinnigheid en de morele behandeling. Aangezien religieuze congregaties zich bezighielden met de zorg voor waanzinnigen en het onderscheid tussen morele therapie en zielzorg niet scherp omlind was, ondervonden gestichtsgeneesheren vooral concurrentie en tegenwerking van geestelijken.

Niet zonder strijd lukte het medici zich de morele behandeling toe te eigenen door haar in combinatie met geneeskundige interventies als medische therapie te profileren. Aangezien gestichtsartsen de psychiatrie tot onderdeel van de wetenschappelijke geneeskunde wilden maken, bekritiseerden zij filosofische en godsdienstige bespiegelingen over krankzinnigheid waarin sprake was van een onstoffelijke en onsterflijke ziel, maar dat betekende niet dat medici geestesziekte tot lichamelijke stoornissen reduceerden. Zij motiveerden de toepassing van de morele behandeling door te wijzen op de psychosomatische eenheid van de mens en de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest. In deze antropologische optiek was de oorzaak van waanzin zowel in lichamelijke als 'morele' - dat wil zeggen zedelijke en psychologische - factoren te vinden. Vandaar dat godsdienstige instructie, voor zover die bijdroeg aan het bedwingen van de irrationele neigingen en aan de versterking van het morele kaliber van de persoonlijkheid, deel uitmaakte van de door medici toegepaste morele behandeling.

Bij gebrek aan effectieve geneeskundige therapieën zijn de beginselen van de morele behandeling ook in de Nederlandse krankzinnigenzorg gedurende de gehele negentiende eeuw van invloed geweest, ook al voldeden de leefomstandigheden in veel verouderde en overvolle stadsgestichten niet altijd aan de vereisten - rust, ruimte, scheiding van rustige en onrustige patiënten, goed opgeleid verzorgend personeel en mogelijkheden tot arbeid in de open lucht - voor een dergelijke aanpak. Elementen van de zedkundige behandeling, zoals de morele behandeling hier werd aangeduid, vonden zo goed en zo kwaad als het ging ingang in Nederlandse gestichten: werkverschaffing, ontspanningsmogelijkheden, godsdienstbeoefening en soms wat onderwijs. Hoewel gestichtsartsen en psychiaters benadrukten dat hun vak als onderdeel van de natuurwetenschappelijke geneeskunde gebaseerd was op de pathologische anatomie, de hersenfysiologie en de neurologie, waren hun diagnostische categorieën en verklaringsmodellen in de praktijk eclecticisch: hun aandacht ging uit naar zowel de lichamelijke als de sociaal-psychologische en morele factoren. Overigens onderscheidde

de Nederlandse krankzinnigenzorg zich van de Duitse, Franse en Engelse door een geringere invloed van geneeskundigen. Zij kregen wel een taak op het gebied van diagnose en behandeling, maar de mogelijkheden daartoe waren beperkt in de meeste Nederlandse gestichten, ook omdat de gestichtsgeneesheren vaak ondergeschikt waren aan regentencolleges en kerkelijke besturen, die de gestichten beheerden. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat de eerste Nederlandse psychiaters, die zich in 1871 organiseerden in de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, stelling namen tegen degenen die het wezen van krankzinnigheid in zielsaandoeningen zochten. Zo'n benadering was niet wetenschappelijk en niet medisch en leidde ertoe dat de krankzinnigenzorg in ondeskundige handen viel, zo betoogde de eerste voorzitter van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, J.N. Ramaer.

Het gevolg toch dier bespiegelingen is dat de Godgeleerden zich niet slechts het recht toekennen, om hunne stem op dit gebied te doen gelden, maar zelfs de krankzinnigen-huizen voor psychologische inrigtingen te verklaren, waar de geestelijke de zon moet zijn, wiens licht de duisternis uit den geest des lijders moet verdrijven.²

Desondanks nam de invloed van godsdienstige overwegingen in de Nederlandse krankzinnigenzorg aan het eind van de negentiende eeuw eerder toe dan af.

De verzuiling van de inrichtingspsychiatrie

Terwijl er eerder in Nederland maar weinig nieuwe krankzinnigengestichten tot stand kwamen, werden tussen 1884 en 1914 maar liefst twintig inrichtingen gebouwd. Deze bouw golf hing samen met de actievere bemoeienis van zowel de overheid als maatschappelijke en kerkelijke organisaties met sociale vraagstukken in het algemeen en de krankzinnigenzorg in het bijzonder. De op gang komende verzuiling, de koppeling van levensbeschouwing aan politieke en maatschappelijke organisatievorming, manifesteerde zich ook in de krankzinnigenzorg. De gereformeerden liepen hierbij voorop. Op basis van bijbelse opvattingen over geestesziekte en krankzinnigenverpleging pleitte de afgescheiden predikant en hoogleraar aan de Theologische Hogeschool van Kampen L. Lindeboom al in 1875 voor aparte, christelijke gestichten. Aangezien geestesziekte in de gereformeerde gedachtegang een gevolg was van geloofsafval, duivelse invloeden of de straf van God voor zonde, zouden krankzinnigen gebaat zijn bij een moreel-godsdienstige heropvoeding in een gesticht waarin het christelijk gezinsverband was nagebootst. Evenals de gereformeerde leider A. Kuyper stelde Lindeboom dat de bestaande psychiatrie, waarin de materialistische medische wetenschap terrein won, 'zielloos' was en keerde hij zich tegen de vermeende ongoddelijke staatsbemoeienis op dit terrein. Met financiële steun vanuit de op nationale schaal gemobiliseerde achterban kwamen in 1884 onder leiding van Lindeboom allereerst de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland en vervolgens tussen 1886 en 1910 vier gereformeerde krankzinnigengestichten en één gesticht van gemengd gereformeerde-hervormde signatuur tot stand. Het eerste gereformeerde gesticht, Veldwijk te Ermelo (1886), vervulde een voorbeeldfunctie. In plaats van het oudere corridorstelsel - grote, symmetrische gebouwen met lange gangen en aan weerszijden daarvan massale verblijf-

² *Tijdschrift voor Geregeltelijke Geneeskunde en Psychiatrie* 1 (1853), 5.

en slaapzalen - werden kleinere, losstaande paviljoens, elk voor ongeveer dertig tot veertig patiënten, gebouwd. Elk paviljoen, onder leiding van een 'huisvader' en '-moeder', moest de sfeer van een christelijke gezinsomgeving bieden.

Vanaf 1907 kwamen ook vanuit katholieke kring nieuwe initiatieven, waarbij Belgische broeder- en zustercongregaties een belangrijke rol speelden en waaruit drie gestichten voortkwamen. In deze nieuwe en ook in enkele bestaande katholieke instellingen was de verpleging in handen van religieuze broeders en zusters. Tot de confessionele gestichten kan ook het in 1909 geopende joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn worden gerekend. In de jaren twintig kwamen er nog eens drie katholieke, één gereformeerde en twee Nederlands-Hervormde inrichtingen bij. Vlak voor de Tweede Wereldoorlog namen de confessionele inrichtingen bijna de helft van het psychiatrisch beddenbestand voor hun rekening en in 1965, toen 23 van de in totaal 38 Nederlandse inrichtingen een confessionele signatuur hadden, was dat zelfs meer dan 60 procent. Daar komt nog bij dat de meeste zwakzinnigeninrichtingen ook een confessionele signatuur hadden. Met deze gedeeltelijke verzuiling van de krankzinnigenzorg onderscheidde Nederland zich van landen als Frankrijk en Engeland, waar de publieke gestichten domineerden, maar niet van landen als Duitsland en België, waar ook een omvangrijke particulier-confessionele sector bestond.

Het godsdienstige karakter van de gereformeerde, katholieke en joodse gestichten bleek niet zozeer uit de medische behandelingen als wel uit de verpleegstijl en de huisregels. Ook wat betreft de psychiatrische verpleging speelden de gereformeerden een voorhoederrol. Drie jaar nadat de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1892 een verpleegopleiding, voor met name 'beschaafde' vrouwen, had ingevoerd, kwam een gereformeerde opleiding voor krankzinnigenverpleging tot stand. Deze kenmerkte zich door een sterk moreel-opvoedkundige benadering, waarin de zedenkundige behandeling doorwerkte. Gereformeerde psychiaters vonden het morele kaliber en de godsdienstige scholing van het verplegend personeel minstens zo belangrijk als zijn beschaving en algemene ontwikkeling. Mede onder invloed van de gereformeerde krankzinnigenverpleging kreeg het pedagogische element een belangrijke plaats in de gehele psychiatrische verpleegkunde in Nederland, waarbij mannen een grote inbreng hadden.

Aangezien krankzinnigenverpleging in de katholieke wereld gold als onbetaald liefdewerk door religieuzen en de vrees bestond dat een door medici ingestelde opleiding de religieuze hiërarchie van de broeder- en zustercongregaties ondermijnde, stelden katholieke gestichten zich aanvankelijk afwerend op tegen een professionele verpleegopleiding. Toch lukte het psychiaters de katholieke besturen en congregaties van het nut van de verpleegopleiding te overtuigen. Nadat ze eerst de opleiding van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie hadden overgenomen, zetten katholieke inrichtingen medio jaren twintig een eigen scholing op, niet alleen voor vrouwelijke en mannelijke religieuzen, maar ook voor leken en met veel aandacht voor godsdienstonderwijs. In tegenstelling tot de gereformeerden werden vanuit katholieke kring overigens nauwelijks pogingen ondernomen om een eigen, op het geloof gebaseerde psychiatrie te vestigen, ook al was er, vanwege haar vermeende materialisme en determinisme, sprake van kritiek op de natuurwetenschappelijke psychiatrie. Hoewel katholieke gestichtsartsen zich in het midden van de jaren twintig - in tegenstelling tot hun Nederlands-Hervormde en gereformeerde collega's - apart organiseerden in een

afdeling van de R.K. Artsenvereniging, bleef het voornamelijk bij retoriek: het medische model kon in de praktijk betrekkelijk probleemloos naast de godsdienst bestaan. Door het gebied van de geneeskunde en dat van de zielzorg als gescheiden sferen te beschouwen en de grenzen tussen beide in acht te nemen, probeerden katholieke gestichtsartsen conflicten met de clerus te vermijden. Ook in de universitaire psychiatrie profileerden de gereformeerden zich eerder en sterker dan de katholieken. Terwijl de gereformeerden al vanaf 1907 over een eigen leerstoel psychiatrie aan de Vrije Universiteit beschikten, stelde de Katholieke Universiteit Nijmegen pas in 1945 een buitengewone en in 1954 een gewone psychiatrische leerstoel in.

De universitaire psychiatrie

Ook in de universitaire psychiatrie, die tussen 1893 en 1907 gestalte kreeg met de instelling van leerstoelen voor psychiatrie en neurologie aan alle toen bestaande universiteiten, deed de verzuiling zich dus gelden. Terwijl de eerste hoogleraren aan de rijksuniversiteiten een natuurwetenschappelijke, biomedische invulling van de psychiatrie voorstonden, toonde L. Bouman, die vanaf 1907 hoogleraar was aan de Vrije Universiteit, daarnaast veel aandacht voor een psychologische optiek, die recht deed aan zowel de subjectieve beleving van geestesziekte als christelijke beginselen. Deze belangstelling was mede ingegeven door zijn gereformeerde achtergrond en zijn opdracht om een wetenschappelijke, maar tegelijkertijd 'bezielde' psychiatrie op christelijke grondslag op te bouwen. Zijn leerstoel was tot stand gekomen dank zij de samenwerking tussen de Vrije Universiteit en de door dominees beheerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Tegenover het positivistische principe dat geloof en wetenschap gescheiden moesten blijven - juist door de verwetenschappelijking van de psychiatrie werd een taakverdeling mogelijk tussen de psychiater, die het lichaam voor zijn rekening nam, en de geestelijke, die over de immateriële ziel ging - streefden Lindeboom en de zijnen naar een afstemming van de psychiatrie op het geloof ten behoeve van een specifiek gereformeerde opleiding in het vak. In feite was hun uitgangspunt dat wetenschap in dienst behoorde te staan van de geloofswaarheden.

In zijn oratie *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie* (1907) benadrukte Bouman dat het zielsleven een eigen dynamiek onafhankelijk van het lichaam kende. Een psychologie zonder ziel was 'geen psychologie in de ware zin des woords'.³ Het was de gereformeerde Bouman die de inzichten van Freud in de Nederlandse psychiatrie introduceerde en die als een van de eersten, weliswaar onder enig voorbehoud met betrekking tot de grote betekenis die seksualiteit in de psychoanalyse kreeg, publiekelijk blijk gaf van waardering voor diens gedachtegoed. De psychoanalyse had 'de psychologische richting weer op den voorgrond' geplaatst en de aandacht gevestigd op problemen 'waarmee men niet gewoon was zich ernstig bezig te houden, een begrijpen van het pathologische langs de zuivere psychische weg'.⁴ Tevens was Bouman een van de eerste Nederlandse psychiaters die zich lieten inspireren door de fenomenologische benadering van de Duitse psychiater en filosoof K. Jaspers. Jaspers stelde de innerlijke belevingswereld van de geestelijk gestoorde mens centraal. De eigenheid van psychische

³ L. Bouman *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie. Rede bij de aanvaarding van het hoogleraarsambt aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, den 27en september 1907* (Kampen: J.H. Kok, 1907), 28.

⁴ *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16 (1912), 347.

processen vereiste volgens hem een geesteswetenschappelijke oriëntatie, dat wil zeggen nauwkeurige beschrijving en begripvolle inleving. In navolging van Jaspers pleitte Bouman voor een psychiatrische praktijk waarin een invoelend begrijpen van het individuele geestesleven centraal stond.

De kring rond Bouman, waartoe zijn leerlingen en de latere hoogleraren F.J.J. Buytendijk, H.C. Rümke en L. van der Horst behoorden, was de broedplaats van de fenomenologische psychiatrie in Nederland, die de academische psychiatrie vanaf de jaren twintig tot in de jaren zestig sterk zou kleuren. Met name Van der Horst, die zich behalve door de fenomenologie na de Tweede Wereldoorlog ook door het existentialisme liet inspireren, profileerde zich vanaf omstreeks 1930 met een sterk filosofisch getinte antropologische psychiatrie. Daarin ging het om het begrijpen van geestesstoornissen tegen de achtergrond van de subjectieve belevingswereld en de individuele zingeving aan het bestaan. Hij was de meest expliciete voorstander van een plaats voor de christelijke levensbeschouwing in de psychiatrie. Rümke, de invloedrijkste Nederlandse psychiater in de twintigste eeuw, pleitte voor vereniging van de biomedische met een introspectieve, op empathie gebaseerde benadering, waartoe hij zowel de fenomenologie als de psychoanalyse geschikt achtte. Met zijn *Karakter en aanleg in verband met het ongeloof* (1939), waarin hij ongeloof een ontwikkelingsstoornis noemde, gaf Rümke de aanzet tot een discussie over de relatie tussen psychologie en godsdienst. Het boek gaf voedsel aan het idee dat de psychologie kon bijdragen aan een optimale ontplooiing van het geloofsleven.

De katholieke Leidse hoogleraar E.A.D.E. Carp, wiens benoeming als opvolger van de gerenommeerde G. Jelgersma veel weerstand van de psychoanalytische beweging opriep, deed zich kennen als een promotor van zowel de psychoanalyse als het fenomenologische perspectief. Hoewel Freud de vreedzame coëxistentie tussen de kerk, die het terrein van de ziel bestierde, en de medische psychiatrie, die de zenuwen en hersenen tot haar domein rekende, op de proef stelde en zijn idee dat alle uitingen van het geestelijk leven tot het drift- en fantasieleven te herleiden waren, voor gelovigen moeilijk te pruimen was, assimileerden zowel protestantse als katholieke psychiaters en ook enkele geestelijken psychoanalytische inzichten zonder Freuds theorie geheel en onvoorwaardelijk te omarmen. Zij waardeerden vooral de door Freud veronderstelde onafhankelijk dynamiek van geestelijke processen en zij beschouwden hem als een bondgenoot in de strijd tegen de materialistische wereldbeschouwing.

Tijdens de wederopbouwperiode kreeg de antropologisch-fenomenologische richting in de academische psychiatrie een nieuwe impuls door het existentialisme en het personalisme. Terwijl de basis voor deze geesteswetenschappelijke optiek in de jaren twintig in de Amsterdamse Valeriuskliniek van de Vrije Universiteit was gelegd, vormde de Rijksuniversiteit Utrecht na de oorlog het belangrijkste academische centrum van dit gedachtegoed, niet alleen in de psychiatrie, maar ook in de psychologie, pedagogiek en criminologie. De aanhangers van de Utrechtse School deelden een afkeer van de kwantitatieve, empirisch-analytische benadering in de menswetenschappen. Het natuurwetenschappelijke determinisme en materialisme deden geen recht aan het wezen van de mens als zin- en betekenisgevend en communicerend wezen. Echte kennis kon alleen worden vergaard in de, zoals het heette, 'ontmoeting met de medemens' en daarvoor waren geen exacte methoden en technieken, maar een bepaalde attitude nodig, die alleen te verkrijgen was door persoonlijkheidsvorming. Het vermogen tot werkelijk

kennen zou afhangen van de morele kwaliteiten en overtuigingen van de wetenschapper. Een dergelijke benadering kon op veel instemming in de katholieke en protestants-christelijke geestelijke gezondheidszorg rekenen.

Verzuiling in de sociale psychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg

De wijze waarop de sociale psychiatrie ofwel de voor- en nazorg voor nog niet opgenomen of uit inrichtingen ontslagen geesteszieken vanaf de jaren twintig in Nederland georganiseerd werd, droeg deels het stempel van de verzuiling. Tegenover enkele openbare inrichtingen die een regionale functie vervulden, waren de patiënten in veel confessionele instellingen uit het hele land afkomstig. Vanwege de grote afstand tussen woonplaats en inrichting was een intensieve nazorg moeilijk en voorzorg vanuit deze inrichtingen vrijwel onmogelijk te realiseren. Daarom lag het voor de hand om de voor- en nazorg verzuild en onafhankelijk van de inrichtingen op gemeentelijke of provinciale basis in te richten, wat in de jaren dertig ook in toenemende mate gebeurde. Inhoudelijk bestond er weinig verschil tussen de neutrale dan wel protestants-christelijke en katholieke sociale psychiatrie.

Inhoudelijke accentverschillen deden zich wel gelden in de eveneens verzuilde beweging voor geestelijke volksgezondheid en ambulante geestelijke gezondheidszorg, die vanaf medio jaren twintig opkwamen. Deze nieuwe psychiatrische werkvelden waren gericht op de preventie van geestesziekte en gestichtsonopname, onder andere door middel van de behandeling van allerlei lichtere psychosociale moeilijkheden en levensproblemen. Naast de neutrale Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (1924) kwamen achtereenvolgens de Rooms-Katholieke Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid (1930), de Nederlandsch Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid (1934) en de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag (1934) tot stand.

Confessionele psychiaters en ook predikanten en priesters vonden dat er te weinig aandacht was voor de rol van godsdienst in de neutrale beweging voor geestelijke volksgezondheid. De woordvoerders van de christelijke verenigingen stelden geestelijke gezondheid op één lijn met zedelijkheid. Een onwankelbaar geloof en de naleving van de kerkelijke moraal vormden in hun ogen niet alleen de grondslag voor het individuele zielenheil, maar waren tevens de voorwaarde voor de geestelijke volksgezondheid. Vandaar dat kerkelijke zielzorgers een belangrijke taak toegewezen kregen in de geestelijke gezondheidszorg. Het psychohygiënische werkgebied, waaronder huwelijk, gezin, seksualiteit en opvoeding vielen, liet volgens hen geen neutrale, louter wetenschappelijke benadering toe, aangezien er geloofszaken - zonde, schuld, geweten en berouw - in het geding waren. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid, die verbonden was met het streven om de ontwrichtende gevolgen van de sociale modernisering door middel van zedelijke verheffing tegen te gaan, was een nieuwe manier om christelijke normen en waarden uit te dragen door deze met psychiatrische en psychologische kennis te schragen. Mede vanwege de sterke confessionele invloed in de psychiatrie en beweging voor geestelijke volksgezondheid kreeg de in enkele andere landen, met name in Duitsland, terrein winnende eugenetica nauwelijks een voet aan de grond in Nederland. De eugenetica stond op gespannen voet met christelijke principes. De nadruk op vrije wil en geestelijke waarden liet zich moeilijk verenigen met een deterministisch, biologisch mensbeeld waarin gezondheid op de eerste plaats kwam. Bovendien liet de christelijke

moraal geen doelbewuste regulering van de voortplanting of maatregelen als huwelijksverboden en sterilisatie toe.

De ontwikkeling van aparte katholieke, gereformeerde en hervormde zorginstellingen voor de geestelijke volksgezondheid paste in het proces van verzuiling, waarbij een behoudende doelstelling, het tegengaan van de secularisering, samenging met de toepassing van moderne middelen. De aparte confessionele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, die zich in de twee decennia na de Tweede Wereldoorlog verder uitbreidde, strookte met het protestantse principe van soevereiniteit in eigen kring en het katholieke subsidiariteitsbeginsel, volgens welke de overheid zich diende te onthouden van maatschappelijke activiteiten die ook vanuit de samenleving zelf waren te organiseren. Evenmin als andere belangrijke taken zoals onderwijs zou (geestelijke) gezondheidszorg geen zaak van de overheid zijn. Tegenover het liberale beginsel van individuele verantwoordelijkheid en de socialistische nadruk op staatsinterventie, stelden de confessionelen het corporatieve model volgens welke individu, gezin, maatschappelijke organisaties en de staat elementen in een vermeende natuurlijke en hiërarchische sociale ordening vormden.

Naast katholieke consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid kwamen in de jaren dertig door priesters en artsen bemande katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting tot stand, vooral als tegenwicht tegen de activiteiten van de adviesbureaus van de Nieuw-Malthusiaanse Bond op het gebied van geboorteregeling. Evenals onder de katholieken bestond in protestantse kring ongerustheid over de vermeende ondermijning van huwelijk en gezin als gevolg van moderniseringsverschijnselen in het algemeen en de toepassing van contraconceptie in het bijzonder. Vanaf medio jaren dertig ontstonden de eerste door predikanten, artsen en maatschappelijk werkers verzorgde spreekuren voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden. Deze spreekuren vormden samen met de katholieke huwelijksbureaus de directe voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, dat vanaf de Tweede Wereldoorlog een deel van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid voor zijn rekening zou nemen. Daarbij ging het vooral om problemen die grotendeels door de strikte christelijke huwelijks- en gezinsmoraal in de hand werden gewerkt. Deze intensiverde de aandacht voor en een schuldbevuste beleving van seksualiteit. In dit licht valt te begrijpen waarom deskundigen binnen de confessionele zuilen veel belangstelling voor moeilijkheden op dit terrein aan de dag legden.

De vermeende morele ontwrichting en ontreddeering als gevolg van de Tweede Wereldoorlog en de bevrijding gaven aanleiding tot een nieuw zedelijkheidsoffensief waarbij de christelijke woordvoerders van de beweging voor geestelijke volksgezondheid zich niet onbetuigd lieten. In de jaren vijftig maakte de moralistische en dirigistische aanpak in de confessionele geestelijke gezondheidszorg echter in toenemende mate plaats voor een begrijpende, psychologiserende benadering. De verzuiling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de sterke groei van het aantal confessionele hulpverleningsinstellingen droegen ertoe bij dat psychologische interpretaties van levensproblemen en normatieve kwesties onder katholieke en protestantse bevolkingsgroepen snel ingang vonden en aan invloed wonnen. Aangezien zij beschikten over eigen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zoals sociaal-psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten, Medisch-Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Consultatiebureaus voor Alcoholisme, was de drempel voor het

inwinnen van deskundige hulp of het doorverwijzen van mensen door geestelijken minder hoog en raakte het psychohygiënische gedachtegoed wijder verspreid dan wanneer er alleen neutrale voorzieningen zouden hebben bestaan.

Vanaf het eind van de jaren veertig delibereerden katholieke en protestantse zielzorgers, psychiaters en psychologen uitgebreid over de vraag of en hoe het christelijk geloof en de inzichten en methoden van de psychiatrie en psychologie met elkaar waren te verzoenen. Hoewel zich met name in katholieke kring rond 1950 felle conflicten voordeden tussen geestelijken en psychohygiënisten, met name over seksuele vraagstukken en de toepassing van psychotherapie, kwamen zij al gauw nader tot elkaar op basis van het fenomenologische en personalistische gedachtegoed dat ook de confessionele universitaire psychiatrie tekende. Deze denkrichtingen boden een perspectief waarin zingeving centraal stond en een middenweg werd bewaard tussen enerzijds individuele vrijheid en zelfontplooiing en anderzijds geloof, sociale verantwoordelijkheid en gemeenschapszin. In de christelijk-humanistische visie die confessionele psychohygiënisten uitdroegen was de mens voortdurend 'in ontmoeting' of 'in gesprek' met 'zijn medemens'. Zij hadden hun mond vol van 'medemenselijkheid', 'naastenliefde', de 'geneeskracht van de liefde' en 'liefdevolle verhoudingen' tussen mensen als opstap tot nader contact met God. Terwijl de kerkelijke moraal tot in de jaren veertig in christelijke kringen gold als de basis voor geestelijke gezondheid, benadrukten invloedrijke opinievormers als Buytendijk en de psychiater C.J.C.J. Trimbos het belang van psychische hygiëne als voorwaarde voor de godsdienstige ontplooiing van de mens. Klakkeloze gehoorzaamheid en volgzaamheid ten opzichte van de kerk zouden plaats moeten maken voor innerlijke overtuiging, autonome gewetensontwikkeling en individuele verantwoordelijkheid. Deze invalshoek maakte het mogelijk de kerkelijke moraal, met name op het gebied van huwelijk, gezin, opvoeding en seksualiteit, te relativiseren. De confessionele geestelijke gezondheidszorg heeft zo, 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.

Om het streven naar een morele heroriëntatie te legitimeren, maakten de confessionele woordvoerders van de geestelijke gezondheidszorg niet alleen gebruik van hun psychiatrische en psychologische deskundigheid, maar ook van een ethische en pedagogische argumentatie. Hun betogen hadden veel weg van preken, waarin het opgehouden vingertje voortdurend werd afgewisseld met het bemoedigende schouderklopje. Ten einde de bespreekbaarheid van gevoelige kwesties in goede banen te leiden, riepen zij mensen op om zich met hoogstaande morele principes te identificeren en deden zij een beroep op hun geweten en verantwoordelijkheidsbesef. Tobberige bezorgdheid en nauwgezet gewetensonderzoek gingen samen met de optimistische verwachting dat het pleidooi voor acceptatie en tolerantie de geestelijke volksgezondheid bevorderde. Confessionele psychiaters als Trimbos hadden zoveel invloed omdat ze met moreel gezag spraken en het grootste deel van de bevolking in het toen nog door en door christelijke Nederland vertrouwd was met de vorm van hun boodschap, het morele appèl.

Secularisering en ontzuiling

In organisatorisch opzicht bereikte de verzuiling in zowel de intra- als extramurale geestelijke gezondheidszorg begin jaren zestig de grootste omvang, maar inhoudelijk was

het christelijke karakter ervan toen al voor een groot deel uitgehold en was het verschil met de neutrale instellingen op dit terrein nagenoeg verdwenen. Zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de ambulante voorzieningen verloren hun uitgesproken christelijke signatuur. De algehele secularisering in de Nederlandse samenleving was hierbij uiteraard van invloed, maar daarnaast speelden nog drie andere factoren een rol.

Ten eerste de zogenaamde omgekeerde zuilwerking. Vooral katholieke psychiaters, psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en progressieve geestelijken gebruikten de geestelijke gezondheidszorg om het katholieke volksdeel verder te emanciperen. Zij maakten deel uit van een hecht organisatorisch netwerk, waarin intensieve communicatie plaatsvond en dat hen in staat stelde geestelijken voor hun nieuwe ideeën te winnen en deze snel te verspreiden. Op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling wisten zij een mentaliteitsverandering op gang te brengen, waarmee zij mede de basis legden voor de culturele omwenteling in de jaren zestig en zeventig. De paradox van de omgekeerde zuilwerking was dat binnen het organisatiewezen dat bedoeld was om de katholieke eigenheid te bewaren, in vrij korte tijd ideeën opgang maakten die nauwelijks meer waren te onderscheiden van opvattingen die vanaf de jaren zestig in de rest van Nederland gemeengoed waren of werden. Mede onder invloed van de geestelijke gezondheidszorg schoof de christelijke moraal op in de richting van een algemeen humanistisch waardenpatroon en een ethiek van sociale rechtvaardigheid. Onbedoeld hebben confessionele werkers in de geestelijke gezondheidszorg zo bijgedragen aan de secularisering en ontzuiling.

De tweede factor was de toenemende bemoeienis van de rijksoverheid met het functioneren van de gezondheidszorg vanaf omstreeks 1970, waardoor de gereformeerde soevereiniteit in eigen kring en het katholieke subsidiariteitsbeginsel aan betekenis verloren. Als gevolg van de invoering en uitbreiding van sociale wetgeving, maakte de geestelijke gezondheidszorg vanaf het eind van de jaren zestig een sterke groei door en raakte deze ingebed in de verzorgingsstaat. De toenemende beleidsintensiteit van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne kwam tot uiting in een lawine van nota's, brieven, rapporten en adviezen. De overheid drong aan op een eenvormige organisatie en een gelijkmatige regionale spreiding van alsook betere onderlinge samenwerking en afstemming tussen de psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante voorzieningen. Dat resulteerde begin jaren tachtig in Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en vanaf medio jaren negentig in fusies tussen intramurale en extramurale instellingen. Deze nieuwe organisaties waren in levensbeschouwelijk neutraal en leenden zich niet voor confessionele profilering.

Ten derde ontstond vanaf de jaren zestig onder hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg een nieuw professioneel ethos, dat zich in eerste instantie kenmerkte door maatschappijkritische bevoegenheid en later, vanaf medio jaren tachtig, door verzakelijking. Beide verdrongen de levensbeschouwelijke betrokkenheid van hulpverleners. De secularisering van de geestelijke gezondheidszorg werd eerst in de hand gewerkt door de politisering van de hulpverlening die onder invloed van democratiseringsbeweging van de jaren zestig en de antipsychiatrie plaatsvond. Psychische moeilijkheden zouden veroorzaakt worden door de onderdrukkende maatschappelijke 'structuren'. Ten behoeve van hun geestelijke gezondheid moesten mensen de ruimte krijgen om zich zelf te ontplooien en dienden zij zich te bevrijden van vastgeroeste tradities en van hogerhand opgelegde morele voorschriften. Godsdienst werd

in dit verband met afhankelijkheid en onmondigheid geassocieerd. Het idee was dat de moderne psychosociale hulpverlening, in het bijzonder de psychotherapie, de kerkelijke zielzorg overbodig had gemaakt. De pastorale medewerkers verdwenen in de jaren zeventig grotendeels uit de geestelijke gezondheidszorg. Goddelijk gezag liet zich moeilijk verenigen met de nieuwe psychologiserende moraal waarin de soevereiniteit van de eigen drijfveren de toon aangaf. Een godsdienstig perspectief paste ook niet in de neoliberale professionaliseringstrend vanaf het midden van de jaren tachtig, die zich kenmerkte door verzakelijking, standaardisering, rationalisering, efficiency, technocratisch pragmatisme en marktdenken.

De groeiende vraag naar deskundige hulp past in een modern gesecculariseerd levenspatroon, waarin het individuele bestaan van mensen niet meer onderhevig is aan noodlot en toeval of Gods ondoorgrondelijke wil, maar zij hun leven steeds meer in eigen hand willen nemen. Door de toegenomen gerichtheid op geluk en succes in het hier en nu werd het minder vanzelfsprekend dan vroeger om allerlei vormen van ongeluk te accepteren als onvermijdelijk onderdeel van het leven. Levensproblemen die mensen eerder ervoeren als domweg pech, Gods toorn of speling van het noodlot, als zonde, schuld of morele zwakte, werden nu in termen van het individuele functioneren, persoonlijke capaciteiten, gevoelsmatige beleving en betrekkingen met anderen begrepen - factoren die met behulp van therapeutische expertise zouden zijn te beïnvloeden.

Religieuze herleving?

Dit alles betekent niet dat religieuze bewogenheid in de laatste decennia van de twintigste eeuw geheel verdween uit de geestelijke gezondheidszorg. Afgezien van studie- en bezinningsdagen over levensbeschouwing deed de leuze de 'verbeelding aan de macht' opgeld in zowel de reguliere als alternatieve psychosociale hulpverlening. Tegenover de objectiverende wetenschap en de technologie pleitte de protestbeweging van de jaren zestig en de aanhangers van de antipsychiatrie voor een alternatieve cultuur waarin authenticiteit, openheid, spontaniteit, emotionele expressie en spirituele bewustzijnsverruiming de ware zelfontplooiing zouden garanderen. Terwijl de christelijke partijen afkalfden en de zuilen afbrokkelden, streefden op persoonlijke zingeving, kleinschalige gemeenschapszin en geborgenheid gerichte stromingen een spiritueel réveil na. In de tegencultuur werd God niet alleen ingewisseld voor Marx en Marcuse, maar ook voor diverse oosterse goeroes zoals Bhagwan. Het hedendaagse alternatieve hulpverleningscircuit, waarvan de omvang niet onderschat moet worden en waarin zowel de behandelaars als de cliënten grotendeels uit vrouwen bestaat, ademt sterk de invloed van het New Age denken - met nadruk op holisme, spiritualiteit en gevoel - en daarin bestaat veel aandacht voor psychosomatische klachten en zingeving. Deze hulpverlening bestrijkt een breed palet aan therapievormen: massagetechnieken, paranormale behandelingen (waaronder reiki), yoga, meditatie, verbeeldingsgerichte technieken, hypnotherapieën en andere niet officieel erkende vormen van psychotherapie zoals de Reichiaanse therapie, *rebirthing*, bio-energetica, de Gestalttherapie, de psychosynthese en de Jungiaanse therapie.

Daarnaast moet gewezen worden op de activiteiten van religieus geïnspireerde genezers onder bevolkingsgroepen van buitenlandse afkomst. Onder creoolse Surinamers, Antillianen en West-Afrikanen kon Winti, een mengeling van West-Afrikaanse en Indiaanse tradities, zich in een toenemende populariteit verheugen. De vooral door

vrouwen beoefende Winti veronderstelt het bestaan van bovennatuurlijke wezens die het bewustzijn beïnvloeden. In de moslimgemeenschappen bestaat een groot aanbod aan Islamitische genezers, die de oorzaak van psychische en psychosomatische aandoeningen aan zowel lichamelijke, geestelijke en sociale als aan bovennatuurlijke, kwade invloeden wijten. Hun cliëntèle is breed geschakeerd en de behandelde klachten vertonen een grote variëteit aan psychische en psychosomatische aandoeningen alsook levensmoeilijkheden en zinvraagstukken. Het behandelrepertoire van de genezers, wier godsdienstige opvattingen aansluiten bij het van de officiële Islam afwijkende volksgeloof, bestaat uit een mengeling van praktische adviezen en symbolische handelingen, zoals het reciteren van koranverzen.

Overigens was er ook in de reguliere geestelijke gezondheidszorg sprake van een bescheiden herleving van de aandacht voor levensbeschouwing en spiritualiteit. Vanuit de overweging dat de geprofessionaliseerde hulpverlening niet iedereen bevredigende antwoorden op fundamentele zinvragen kon bieden, kregen religie en de pastorale zorg in de tweede helft van de jaren tachtig weer enige waardering in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep RIAGG en Religie bewerkstelligde dat vijftien RIAGG'en een aandachtsfunctionaris aanstelden voor geloof en levensbeschouwing. In 1991 kwam de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg tot stand. Mede onder invloed van een toenemend aantal allochtone patiënten ruimden sommige psychiatrische ziekenhuizen weer plaats in voor godsdienstige geestelijke verzorging. Mede vanwege het taboe op geestesziekte en psychiatrie, vertoonden veel allochtonen, met name die met een islamitische achtergrond, een sterke neiging om geestelijke moeilijkheden te vertalen in lichamelijke klachten of deze in godsdienstige termen te begrijpen. Wellicht mede als reactie op de verzakelijking en de sterke invloed van de biomedische psychiatrie groeide rond 2000 de belangstelling onder psychiaters voor de geesteswetenschappelijke benadering en levensbeschouwing. Mede naar aanleiding van P.C. Kuipers *De mens en zijn verhaal* (1989), ontstond een discussie over de relevantie van de fenomenologie voor de psychiatrie. Het aantal aanmeldingen voor het eerste congres van een nieuwe sectie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Psychiatrie en Filosofie, in 2002 overtrof het aantal beschikbare plaatsen. Op de bijeenkomst werd een herwaardering van de fenomenologie en de hermeneutiek bepleit.

Conclusie

De psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelden zich in Nederland niet tegenover en onafhankelijk van godsdienst. Integendeel, een groot deel van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg was tot omstreeks 1970 op verzuilde basis georganiseerd en daarin speelden christelijke drijfveren een belangrijke rol. Tot halverwege de twintigste eeuw was de geestelijke gezondheidszorg verweven met pastorale zorg en christelijk geïnspireerde filantropie. Nederland was vanouds rijk aan kerkelijke en particuliere organisaties op charitatief terrein, die de leniging van materiële nood verbonden met geestelijke en zedelijke verheffing.

Bij de bouw van krankzinnigengestichten namen de gereformeerden het voortouw, spoedig daarop gevolgd door de katholieken, terwijl het joodse en het Nederlands-Hervormde aandeel relatief bescheiden bleef. Een in het oog springend aspect van de Nederlandse krankzinnigenzorg was voorts de grote aandacht van

gestichtsartsen voor de inhoudelijke invulling en levensbeschouwelijke profilering van de psychiatrische verpleging. Veel ambulante voorzieningen kwamen op katholieke en, in wat mindere mate, op hervormde en gereformeerde grondslag tot stand. De met de verzuiling samenhangende doorwerking van de kerkelijke moraal in het dagelijks leven kon op individueel niveau tot innerlijke strijd leiden en daarvoor werd binnen de zuil naast traditionele zielzorg in toenemende mate ook moderne professionele hulp geboden. Voorzieningen op dit terrein pasten goed in het verzuilde maatschappelijke middenveld, het netwerk van particuliere organisaties en voorzieningen die op enige afstand van de overheid publieke taken uitvoerden. De grote mate van continuïteit, waardoor de ambulante sector in Nederland zich onderscheidde van die in andere landen, is deels te danken aan de verzuiling, die min of meer stabiele organisatiestructuren en nationale coördinatie mogelijk maakten voordat de overheid een grotere rol op dit terrein ging vervullen. Met name de consultatiebureaus voor huwelijks- en gezinsproblemen ontsproten aan confessionele initiatieven en de hulp die zij boden bewoog zich aanvankelijk deels op het vlak van de zielzorg. Vanaf 1950 stelden zowel vooraanstaande psychiaters en psychologen als enkele hervormingsgezinde geestelijken de onderschikking van psychisch welzijn aan de kerkelijke moraal ter discussie, maar dat betekende niet dat godsdienst als zodanig in het geding was: het ging hen eerder om een modernisering en revitalisering van het geloof.

Mede onder invloed van hun maatschappijkritische oriëntatie - in feite een nieuwe vorm van ideologische bevlogenheid - distantieerden de meeste hulpverleners zich vanaf omstreeks 1970 expliciet van de kerk. Over het algemeen gold godsdienst, evenals andere in hun ogen onderdrukkende maatschappelijke instituties, toen als een belemmering voor de individuele zelfontplooiing en het psychisch welbevinden. Tegelijkertijd werkten bepaalde uit de confessionele wereld afkomstige culturele tradities door, zoals de tendens om maatschappelijke en persoonlijke vraagstukken als morele gewetenskwesaties en zinvraagstukken bespreekbaar te maken. In dit verband zijn de Nederlandse termen *geestelijke gezondheidszorg* en *geestelijke volksgezondheid*, die geen equivalent kennen in andere talen, betekenisvol. Het begrip geestelijk kan immers naar zowel psychische verschijnselen als religieuze, morele en culturele waarden verwijzen. Hierdoor kon de beweging voor geestelijke volksgezondheid aanknopen bij het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch ethos door de katholieke en gereformeerde (en deels ook door de socialistische) zuilen werd overgenomen. Het ideaal van geestelijke volksgezondheid beantwoordde aan een zekere heilsbehoefte, niet alleen onder christenen, maar in de jaren zestig en zeventig ook onder maatschappelijk geëngageerde groepen die oprecht geloofden dat een maakbare welzijnssamenleving de democratisering van het geluk naderbij bracht. Discussies over geestelijke volksgezondheid vormden een kader waarbinnen medische, psychiatrische en psychologische diagnoses zich lieten verbinden met ethische en levensbeschouwelijke waarden.