

# **Therapeutische gemeenschap De Oosthoek: Breuk of continuïteit binnen de gestichtspsychiatrie?**



**Alfred Lewis**

**Studentnummer 0477133**

**Afstudeerscriptie Master Cultuurgeschiedenis**

**Begeleider prof. dr. J. Vijselaar**

**Universiteit Utrecht**

**Juli 2016**

## **Voorwoord.**

Deze scriptie kan in zekere zin worden gezien als een vervolg op mijn vorige onderzoek binnen het thema van de geschiedenis van de psychiatrie, namelijk dat over de ontvangst van het gedachtegoed van de Zwitserse psychiater Jung binnen Nederlandse psychiatrie in de periode 1920-1950. Gedurende dat onderzoek, dat ik heb verricht tijdens mijn Bachelor fase bij prof. dr. Joost Vijselaar, heb ik kennis genomen van de paradigmawisseling die zich tijdens het interbellum voordeed binnen de psychiatrie, van een medische, ziektekundige benadering van geestesziekten, naar een psychiatrie die aandacht schonk aan sociale factoren en de subjectieve belevingswereld van de patiënt. De inzichten die tijdens het interbellum tot stand kwamen, kregen in de jaren '50 vorm in thema's als eigen verantwoordelijkheid en een minder hiërarchisch gestructureerde leefomgeving binnen de gestichtpsychiatrie, thema's die ook terugkomen in de therapeutische gemeenschap van de jaren '70. Dit inzicht deed bij mij het vermoeden rijzen dat er wel eens sprake zou kunnen zijn van een sociotherapeutische en psychotherapeutische trend binnen de psychiatrie waarin het therapeutische nut van eigen verantwoordelijkheid en inspraak. Het onderzoekseminar waarin mijn Bachelor onderzoek plaatsvond, besteedde aandacht aan de historische veranderlijkheid ten aanzien van de manier waarop naar geestesziekte werd gekeken en de manier waarop geesteszieken door de geschiedenis heen zijn behandeld en verpleegd en de dynamiek die bestond tussen psychiatrie en maatschappij. Die historische veranderlijkheid alsook de dynamiek die bestond tussen psychiatrie en maatschappij, werd door de heer Vijselaar op een boeiende manier aan het voetlicht gebracht. De dynamiek zal ook zichtbaar worden in mijn onderzoek.

Cruciaal in elke vorm van begeleiding, niet alleen in de psychiatrie, zoals we in dit onderzoek zullen lezen, maar ook in het onderwijs en bedrijfsleven, is de mogelijkheid tot een open dialoog, om zo met elkaar van gedachten te wisselen. Alleen doormiddel van een open dialoog kan men tot nieuwe inzichten komen. Mijn dank gaat uit naar mijn scriptiebegeleider de heer Vijselaar voor zijn scherpe analyses, heldere inzichten en de mogelijkheid tot een open dialoog. Daarnaast wil ik de beheerder van de collecties van museum het Dolhuys, de heer Willem Oosterbaan, bedanken voor het openstellen van het archief, waardoor ik de mogelijkheid had toegang te krijgen tot primaire bronnen, in de vorm van jaarverslagen en notulen. Als laatste wil ik de Broeders van Dongen, in het bijzonder de provinciaal overste en het Erfgoedcentrum Nederlands Kloosterleven bedanken voor het openstellen van hun archieven.

<b>Inleiding</b>	4
<b>Hoofdstuk 1: Van een medisch-ziektkundige benadering van geestesziekten, naar een sociaalpsychiatrische benadering van geestesziekten in de periode 1920-1960.</b>	
1. Inleiding.	10
2. St. Willibrord als vooruitstrevende inrichting.	11
3. De actievere therapie en sociaal pedagogische inzichten.	14
4. Geesteswetenschappelijke inzichten tijdens het interbellum.	17
5. De jaren '50. Vrijheid en geleide zelfontplooiing.	25
6. St. Willibrord en de jaren '50. De vorming van een psychotherapeutisch klimaat.	27
7. Conclusie.	30
<b>Hoofdstuk 2: Van geleide naar spontane zelfontplooiing.</b>	
1. Inleiding.	32
2. Een psychosociale kijk op de functie van het psychiatrisch ziekenhuis: differentiatie en regionalisatie.	33
3. De Jaren '50: geleide zelfontplooiing en gedragsconfrontatie: de voorlopers van de therapeutische gemeenschappen in de jaren '50.	36
4. De Oosthoek in de periode 1966-1968.	41
5. Conclusie.	47
<b>Hoofdstuk 3. Therapeutische laissez-faire: maatschappelijke aanpassing doormiddel van de zelfregulerende werking van de groep.</b>	
1. Inleiding.	50
2. De therapeutische gemeenschap tot 1970; een geconditioneerde therapeutische gemeenschap.	51
3. Normverandering en gedragsvrijheid in de jaren '70.	53
4. De invloed van de cultuurkritiek op de psychiatrie: gedragsvrijheid en inspraak.	54
5. Inspraak en permissiviteit binnen de Oosthoek: Het democratiserings-principe non-directieve en realiteitsprincipe.	58
6. Groepspsychotherapie.	66
7. Interne en externe strubbelingen als gevolg van de overdracht van verantwoordelijkheden en inspraak.	68
8. Conclusie.	75
<b>Eindconclusie.</b>	<b>77</b>
<b>Nabeschouwing</b>	<b>86</b>
<b>Bronnen en literatuur</b>	<b>90</b>

## **Inleiding**

Dit onderzoek zal zich richten op de therapeutische gemeenschap en in het bijzonder op de therapeutische gemeenschap de Oosthoek te Limmen in relatie tot de St. Willibrord kliniek, een in 1929 opgerichte psychiatrische inrichting te Heiloo waaruit de Oosthoek in 1966 is voortgekomen.

Het is allereerst noodzakelijk kort iets over de therapeutische gemeenschap te zeggen, waarna de relevantie van mijn onderzoek en de door mij gekozen periodisering zal blijken.

### *De achtergronden van de therapeutische gemeenschap*

Wat houdt in het kort de therapeutische gemeenschap in? De therapeutische gemeenschap vindt zijn oorsprong tijdens de Tweede Wereldoorlog. De Engelse psychiater Maxwell Jones ontwikkelde deze therapie naar aanleiding van de behandeling van soldaten die als gevolg van de traumatische ervaringen aan het front aan zenuwzinkingen leden. De omstandigheden lieten toe dat er groepsbijeenkomsten tot stand kwamen waarbij het tot sociale interacties kwam tussen de verschillende patiënten.

De chaotische situatie van de Tweede Wereldoorlog, waarbij er grote groepen patiënten tegelijk werden behandeld, had tot gevolg dat de therapeutische gemeenschap een formeel karakter kreeg. De omstandigheden lieten toe dat er groepsbijeenkomsten tot stand kwamen waarbij het tot sociale interacties kwam tussen de verschillende patiënten. Patiënten uit verschillende sociale milieus werden op eenzelfde afdeling behandeld, waardoor het verschil tussen de patiënten en de behandelaars vervaagden.<sup>1</sup>

Het achterliggende idee van de therapeutische gemeenschap was dat sociale omstandigheden psychiatrische problemen konden veroorzaken. Er ontstonden groepsbijeenkomsten, zogenaamde patiënt staff meetings, waar de soldaten in een informele setting over hun problemen konden praten. Maxwell Jones ontdekte dat de groepsdynamiek die ontstond op de ziekenhuisafdeling een afspiegeling was van hoe de geesteszieke patiënten met elkaar omgingen buiten de ziekenhuisafdeling. Dit gedrag kon vervolgens benoemd en geanalyseerd worden en er kon vervolgens geëxperimenteerd worden met nieuwe vormen van gedrag. De leefgemeenschap had dus een therapeutisch nut.<sup>2</sup> Volgens de oorspronkelijke socio-therapeutische filosofie was het de bedoeling dat de patiënten gemeenschap, ofwel het sociale

---

<sup>1</sup> Gemma Blok, *Baas in eigen brein, Antipsychiatrie in Nederland 1965-1985*, (Amsterdam 2004) 134.

<sup>2</sup> Gemma Blok, *Baas in eigen brein* 134.

milieu, de patiënt corrigeerde en dwong tot sociale aanpassing. In de therapeutische gemeenschap echter, moest de patiënt in de therapeutische gemeenschap leren onafhankelijk te worden en zichzelf te ontplooien. Het idee achter de therapeutische gemeenschap was dat herstel kon worden bevorderd door vrije communicatie tussen de patient waardoor de gemeenschapszin en individuele verantwoordelijkheid werd bevorderd <sup>3</sup>

*Heropleving van de therapeutische gemeenschap en de radicale jaren '60/'70. De therapeutische gemeenschap als breuk?*

Er vond halverwege de jaren '60 een revival plaats van de therapeutische gemeenschap. Die revival wordt vaak gekoppeld aan de cultuurkritiek van de eind jaren '60 en jaren '70. De cultuurkritiek van de jaren '60 vormde volgens de historica Blok, die onderzoek heeft gedaan naar de antipsychiatrie, een voedingsbodem voor de kritische psychiatrie. Een belangrijk kenmerk van de kritische psychiatrie, en tevens een kenmerk van de cultuur kritiek van de jaren zestig, was volgens Blok het pleidooi voor meer individuele vrijheid en de mogelijkheid tot zelfontplooiing.<sup>4</sup>

Het sociotherapeutische gedachtegoed – waartoe de therapeutische gemeenschap behoorde – van de jaren '40 en '50 maakte onder invloed van de democratiseringsbeweging en de kritische psychiatrie in de jaren 60 een radicalisering door.<sup>5</sup> De opbloei van de therapeutische gemeenschap wordt vaak gekoppeld aan de kritiek op de inrichtingspsychiatrie vanuit het idee dat deze de bewoners beroofde van hun vrijheden. De radicalisering uitte zich in een kritiek op het onderdrukkende karakter van het medische model en de drang tot het veranderen van maatschappelijke misstanden, dat zich uitte in de wens tot het structureel veranderen van de psychiatrische inrichting.<sup>6</sup> Deze op het eerste gezicht breuk met de gestichtspsychiatrie zal in het laatste hoofdstuk worden besproken, waarin de ontwikkelingen van de jaren '70 aanbod komen. Daar zal in worden gegaan op de kenmerken van de kritische psychiatrie en de cultuurkritiek jaren '70. Hierbij zal worden stilgestaan bij de vernieuwingsdrang die deze periode kenmerkte.

---

<sup>3</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief* (1970-2005) 905.

<sup>4</sup> Blok, *Baas in eigen brein* 26-28.

<sup>5</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* idem

<sup>6</sup> Blok, *Baas in eigen brein* 62, 63

Deze drang tot vernieuwing was ook zichtbaar binnen therapeutische gemeenschap de Oosthoek die in 1966 te Limmen werd opgericht als onderdeel van de in 1929 opgerichte psychiatrische inrichting St. Willibrord. De vernieuwingsgezindheid uitte zich in het feit dat De Oosthoek werd opgericht om tegemoet te komen aan de eisen van de moderne ontwikkelingen binnen de psychiatrie, dit betekende onder andere differentiatie. De Oosthoek was toegespitst op de problematiek van neurose patiënten. Voor deze groep patiënten bestonden namelijk nog geen voorzieningen. De beoogde patiënten van de neurosekliniek moesten niet al te ernstige ziektebeelden vertonen en daarnaast zouden zij normaal begaafd moeten zijn. Omdat deze patiënten zich verbaal goed konden uitdrukken en er kennis kon worden genomen van hun problematiek, kon er op deze groep psychotherapie worden toegepast. Licht psychiatrische patiënten vereisten een specifieke behandeling, waarbij het besef van de betekenis van sociale verhouding en omstandigheden voor het ontstaan van psychiatrische problemen alsook de therapeutische werking van deze omstandigheden een rol behoorden te spelen. Er werd daarom gekozen voor de oprichting van een therapeutische gemeenschap.<sup>7</sup>

Die sociaal psychologische invalshoek zou er toe leiden dat er vanaf eind jaren '60, begin jaren '70, binnen de Oosthoek door de behandelaars werd geappelleerd aan de zelfregulerende werking van het sociale milieu, ofwel, de patiëntengroep.<sup>8</sup> De patiënten kregen zo inzicht in hun eigen problematiek en zagen op deze manier de consequenties in van hun eigen gedrag. Het accent kwam ook sterk te liggen op democratisering en inspraak. Vanaf de jaren '70 ontstond er volgens Oosterhuis en Gijswijt –Hofstra, naar aanleiding van de toenemende permissiviteit en democratisering, een conflict binnen de Oosthoek, dat voor weerstand zou hebben gezorgd bij de directie van een moederinstituut.<sup>9</sup>

Blok maakt eenzelfde observatie. Zij stelt dat op veel plaatsen binnen de intramurale psychiatrie hulpverleners streefden naar een breuk met de bevoogdende omgangsvormen die de patiënten juist van hun zelfvertrouwen beroofden.<sup>10</sup> Het karakter verschoof van geleide naar spontane zelfontplooiing.

---

<sup>7</sup> Catharina Th. Bakker en Leonie de Goei, *Een bron van zorg en goede werken, Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord – Holland – Noord* (Amsterdam 2002) 239-259

<sup>8</sup> Medewerkers van "de Oosthoek", *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) 9-13

<sup>9</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 907

<sup>10</sup> Blok, *Baas in eigen brein* 62

*De therapeutische gemeenschap als uitwerking van een al langer bestaande  
sociotherapeutische en psychotherapeutische trend*

De vraag is of dit conflict inderdaad werd veroorzaakt door de toenemende permissiviteit en democratisering of dat er ook andere factoren een rol speelde. In dit onderzoek zal ik proberen de therapeutische gemeenschap in een historisch context te plaatsen en zal ik onderzoek doen naar de vraag of de therapeutische gemeenschap een breuk vormde binnen de psychiatrie of dat er werd voortgeborduurd op een oudere psychotherapeutische en sociotherapeutische trend. Er zal worden onderzocht of belangrijke aspecten van de jaren '60, zoals verantwoordelijkheid, zelfontplooiing en vermindering van hiërarchische patronen, al eerder aanwezig waren binnen de psychiatrie. Dit zal ik, zoals eerder vermeld, doen door de Oosthoek in een historische context te plaatsen, door vooraf de ontwikkelingen te beschrijven binnen psychiatrisch ziekenhuis St. Willibrord, waar de Oosthoek uit voortkwam alsook de meer algemene ontwikkeling binnen de psychiatrie in Nederland te bespreken. Dit zal ik doen vanaf het einde van de jaren '20 van de vorige eeuw.

In de psychiatrie is vanaf eind jaren '20 begin jaren '30 namelijk een verschuiving waar te nemen van een psychiatrie die bedoeld was de patiënt doormiddel van arbeid op te voeden, naar een psychiatrie waarbij het kennismaken van de problematiek van de patiënt en geleide zelfontplooiing het accent kregen. Er voltrok zich een paradigmawisseling binnen de psychiatrie van een natuurwetenschappelijke psychiatrie naar een psychiatrie die aandacht besteedde aan de sociale factoren die verantwoordelijk waren voor het ontstaan van geestesziekten en de subjectieve belevingswereld van de patiënt<sup>11</sup> Het accent lag in de periode voorafgaand aan de jaren '30 sterk op conditionering.<sup>12</sup> Er zal onderzocht worden of die verschuiving van invloed is geweest op het ontstaan van een psychotherapeutisch en sociotherapeutisch klimaat binnen de psychiatrie. Essentieel voor de psychotherapie was de verbale uitwisseling en het onderling kennismaken van de aard van de problematiek van de patiënt.

---

<sup>11</sup> Hans Wilschut, *Tussen psychiatrie en filosofie* (Amersfoort 2009) 16-19 31-40, 43-48 87

<sup>12</sup> Stegge C. aan de en H. Oosterhuis (2010). Geen dressuur maar opvoeding. August Stärcke en de actievere therapie. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 65(1)

In de jaren '50 zien we de oprichting van belangrijke voorlopers van de therapeutische gemeenschappen. Deze voorlopers stonden model voor de therapeutische gemeenschap zoals deze zich in de jaren '60 ontwikkelden.<sup>13</sup> Een belangrijk voorbeeld is het Militair Hospitaal te Austerlitz. Hier werd eind jaren '40 op kleine schaal de groepstherapie naar voorbeeld van Maxwell Jones toegepast.<sup>14</sup> De toenmalige tweede geneesheer van de Oosthoek, Vaessen, bracht in 1953 een werkbezoek aan Austerlitz en liet zich door deze therapeutische gemeenschap, die te boek staat als de eerste therapeutische gemeenschap in Nederland, inspireren. Net als in de therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones, werden hier ook soldaten met aanpassingsproblemen als gevolg van hun traumatische oorlogservaringen, op groepstherapeutische basis behandeld.<sup>15</sup> Andere belangrijke therapeutische gemeenschappen die als voorbeeld dienden voor de Oosthoek waren de neurosekliniek Veluweland, de reclasseringsmaatschappij Groot Batelaar van G.W. Arendsen Hein en de Viersprong te Halteren.<sup>16</sup>

Omdat deze voorlopers als inspiratiebronnen golden, is het interessant om te onderzoeken of de belangrijke kernthema's van de therapeutische gemeenschap zoals deze in de jaren '60 had vorm gekregen, in de jaren '50 al aanwezig waren. Belangrijke thema's die de therapeutische gemeenschap van de jaren '60 kenmerken waren onder andere zelfontplooiing, vrije expressie en een vermindering van hiërarchische patronen.

In het eerste hoofdstuk zal de oprichting van de St. Willibrord worden besproken. Er zal aandacht worden besteed aan de eerder genoemde verschuiving binnen de psychiatrie, waarbij, onder invloed van de geesteswetenschappelijke psychiatrie en de psychoanalyse, de nadruk kwam te liggen op het kennis nemen van de aard van de problematiek van de patiënt. Er zal worden onderzocht hoe die verschuiving vorm kreeg in de behandelwijzen die werden toegepast binnen de St. Willibrord, vooral vanaf de jaren '50, met de komst van psychiater Louis Vaessen, die vanaf 1945 tweede geneesheer werd binnen de St. Willibrord en die in de psychoanalytische leer was geweest bij de Leidse psychiaters Van der Hoop en Westerman Holstijn.

---

<sup>13</sup> Catharina Th. Bakker en Leonie de Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 253

<sup>14</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 554

<sup>15</sup> Bakker, *Een bron van zorg en goede werken* 153

<sup>16</sup> *ibidem* 253



In het tweede hoofdstuk zullen de voorlopers en inspiratiebronnen van de Oosthoek worden besproken. Er zal worden gekeken in hoeverre de eerder genoemde thema's die kenmerkend waren voor de therapeutische gemeenschap van de jaren '60 al eerder aanwezig waren in de jaren '50. Daarna zullen kort de plannen worden besproken die hebben geleid tot de oprichting van de Oosthoek. Er zal worden ingegaan op de intentie achter de oprichting van de Oosthoek. Door de achtergronden van de Oosthoek te bespreken, zal het mogelijk worden de Oosthoek in een historische context te plaatsen en zullen de overeenkomsten en verschillen met voorgaande perioden beter uit de verf komen. Daarna zullen de verschillende therapievormen de revue passeren.

In het derde hoofdstuk zal de cultuurkritiek van de jaren '70 aan bod komen en de gevolgen die dit had voor de therapieën die werden gegeven binnen de Oosthoek. De jaren '70 worden gekarakteriseerd als een vernieuwingsgezinde periode. Er bestond een drang om iets te veranderen aan de maatschappelijke misstanden en tevens kenmerkte deze periode zich door een normverschuiving in de maatschappij. Binnen de Oosthoek ontstond het besef dat de patiënten doormiddel van een afhoudende houding met hun neus op de feiten zouden worden gedrukt, nu zij zelf hun boontjes zouden moeten doppen. De vraag is in hoeverre dit conflict, onder invloed van de vernieuwingsgezindheid van de jaren 70, werd gedragen door ideologische verschillen, of dat er andere oorzaken een rol speelden?

## **Hoofdstuk 1: Van een medisch-ziektkundige benadering van geestesziekten, naar een sociaalpsychiatrische benadering van geestesziekten in de periode 1920-1960.**

### **1. Inleiding**

In dit hoofdstuk zal ik stil staan bij de vraag of er psychotherapeutische en sociotherapeutische tendensen zijn te bespeuren tot de uiteindelijke oprichting van de Oosthoek in 1966? Was er sprake van continuïteit of van een radicale verandering? Het in kaart brengen van de ontwikkelingen in St Willibrord is ook van belang om kunnen bepalen of de ontwikkelingen binnen De Oosthoek het product waren van de cultuurkritiek van de eind jaren '60 en jaren '70 of gezien moeten worden als een voortzetting van het psychotherapeutisch klimaat van de jaren 40 en 50. Waren er bijvoorbeeld ontwikkelingen in de Oosthoek te bespeuren die geassocieerd kunnen worden met de eerder genoemde cultuurkritiek, zoals het geven van vrijheid en verantwoordelijkheid aan patiënten, maar die toch ook voortkwamen uit oudere psychotherapeutische inzichten dat sociale interactie en het geven van verantwoordelijkheden aan patiënten therapeutisch werkte? Dit sociale inzicht kwam al tijdens het interbellum naar voren en zal in dit hoofdstuk aanbod komen, waarbij aandacht zal worden besteed aan die factoren die hebben bijgedragen aan een psychotherapeutische trend binnen psychiatrische inrichting St Willibrord. Er deed zich tijdens het interbellum een paradigmawisseling voor van een psychiatrie die tot dan toe meer natuurwetenschappelijk van aard was naar een psychiatrie die aandacht schonk aan de subjectieve belevingswereld van de patiënt en de sociale factoren. In dit hoofdstuk zal worden onderzocht of en zo ja hoe dit heeft bijgedragen tot een actievere rol van de patiënt in het eigen genezingsproces.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid; De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 67.

## 2. St. Willibrord als vooruitstrevende inrichting

De historici Catharina Bakker en Leonie de Goei hebben de geschiedenis van de St. Willibrord in beeld gebracht vanaf de oprichting van de congregatie en de oprichting van de psychiatrische inrichting te Heiloo in 1929 en laten de historische veranderlijkheid zien binnen St Willibrord. De wortels van de St Willibrord zijn terug te voeren tot het negentiende-eeuwse Vlaanderen, de bakermat van de Congregatie van Broeders van Onze Lieve Vrouw van Lourdes te Ronse. In 1830 werd *door* Stefanus Glorieux *de congregatie Broeders van Goede Werken* gesticht die zich bezighield met liefdadigheidswerk en een moreel offensief begon tegen de sociale desintegratie die de Belgische revolutie te weeg had gebracht. De broeders kwamen uiteindelijk in Nederland terecht nadat er kritiek was gekomen van de bisschop van Gent op het charitatieve werk van de broeders en het feit dat de broeders een model wilden creëren waarin broeders en zusters onder een dak leefden. De Broeders kwamen in 1853 in Nederland terecht nadat zij het verzoek kregen om het personeel van het Bossche krankzinnigengesticht Reinier van Arkel bij te staan met de uit Engeland en Frankrijk overgewaaid 'zedenkundige' behandeling'. Het idee achter de zedekundige behandeling was dat de krankzinnige sneller zou genezen als hij uit zijn slechte leefomstandigheden werd gehaald en werd geplaatst in een gesticht waar regelmaat en orde heerste en waar hij werd opgevoed doormiddel van arbeid en religieuze onderwijzing. De psychiatrie had zich in Nederland gaandeweg de negentiende eeuw ontwikkeld tot een geneeskundig tak van de wetenschap en georiënteerd op de natuurwetenschappen, terwijl de broeders zich juist keerden tegen het medische-materialisme en stelden dat godsdienst, regelmaat en een goed Christelijk familieleven het beste middel waren tegen krankzinnigheid.<sup>18</sup>

Eind jaren twintig van de 20<sup>ste</sup> eeuw stichtten de broeders een eerste eigen katholieke inrichting. De oprichting van de St. Willibrord kon in lijn worden gezien met de katholieke emancipatiebeweging. Katholieken werden van oudsher op verschillende terreinen achtergesteld. De katholieken probeerde doormiddel van het stichten van gestichten de achterstandspositie die zij hadden op de protestanten te dichten. De oprichting van een gesticht kwam vaak uit particuliere hoek, vanuit de eigen geloofsgemeenschap. De nieuwe inrichtingen werden boven de grote rivieren gesticht, in traditioneel protestants gebied, aangezien hier nog veel werk te verrichten viel, gezien het feit zij in dit gebied een minderheid vormden. De Christelijke waarden waren ook een van de uitgangspunten van de

---

<sup>18</sup> Catharina TH. Bakker en Leonie De Goei, Een bron van zorg en goede werken; Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord, (Amsterdam, 2002) 20-24.

St. Willibrord. De congregatie van de Onze Lieve Vrouwe Van Lourdes, waaruit de St. Willibrord voortkwam, benadrukte Christelijke waarden die ook ingang zouden moeten vinden in het gesticht zoals naastenliefde die zich uitte in een therapeutische benadering die gericht was op de persoonlijke relatie tussen de patiënt en de behandelaar.<sup>19</sup>

De beginperiode van de St Willibrord kenmerkte zich daarnaast volgens Oosterbaan, die als verpleegkundige werkzaam was geweest in de St. Willibrord en die een kroniek heeft geschreven over de St Willibrord, als een periode waarin krankzinnigheid werd opgevat als ziekte, een geestesziekte of zenuwziekte. De koers die de psychiaters voeren was een biologische.<sup>20</sup> Catharina Bakker en Leonie de Goei stellen dat er eind negentiende eeuw in de gestichten de nadruk steeds meer kwam te liggen op een somatische benadering van geesteszieken, voorbeelden hiervan zijn onder andere therapieën als bedverpleging en bad behandeling. Deze therapieën brachten echter geen genezing en waren primair gericht op het rustig houden van de patiënten. Daarnaast deed zich rond de eeuwwisseling een toename voor van het aantal opnames en een grootdeel van de patiënten verbleven chronisch in de gestichten. Dit zorgde in het eerste decennium van de twintigste eeuw voor zowel een financiële als een therapeutische crisis. Er werden oplossingen gezocht om deze crisis te keren door bijvoorbeeld de chronische patiënten uit te plaatsen en patiëntencategorieën op te nemen die een betere prognose hadden. Daarnaast werden er tijdens het interbellum somatische therapieën geïntroduceerd die een uitweg leken te bieden uit de therapeutische crisis. St Willibrord nam een voorhoede positie in op het gebied van de somatische kuren. Een kuur die een belangrijke rol ging spelen in de St. Willibrord was de insulinekuur. St. Willibrord was het eerste gesticht in Nederland dat furore maakte met deze therapie.<sup>21</sup>

De Oostenrijkse arts Manfred Sakel paste insuline als de therapie voor het eerst toe op alcoholisten, morfine- en cocaïnegebruikers. Door de toedienen van insuline daalde bij de patiënt de bloedsuikerspiegel waardoor er een coma wordt opgewekt, de hypoglycemische shock. Sakel zag dat de uit hun coma ontwakende patiënten geen behoefte meer hadden aan verdovende middelen. Een van de patiënten die hij behandelde was niet alleen drugsverslaafd maar vertoonde daarnaast ook psychotisch gedrag. Tijdens een van Sakels experimenten raakte deze patiënt per ongeluk in een diepe coma en na daaruit te zijn ontwaakt bleek hij rustig en toegankelijk. De toevallige ontdekking van Sakel dat de insulinecoma een heilzame

---

<sup>19</sup>Bakker en De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 29.

<sup>20</sup>J.S. Oosterbaan, *Willibrord door de jaren heen* (1996) 6.

<sup>21</sup>Bakker en Leonie De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 98-99.

werking had, deed hem besluiten deze kuur verder toe te passen op geesteszieken. Na succesvolle experimenten te hebben uitgevoerd op schizofreniepatiënten in 1933, publiceerde hij over de gunstige bevindingen. De publicaties over de insulinekuur trokken de aandacht van Nederlandse psychiaters, aangezien de kuur een uitkomst leek te bieden bij schizofrenie. Vanaf de negentiende eeuw bestond het namelijk het idee dat schizofrenie ongeneselijk zou zijn. De insulinekuur werd later ook op niet schizofrenen toegepast, omdat er geen bewijs bestond dat het uitsluitend werkzaam was op schizofrene patiënten en omdat het mogelijk de opnameduur zou verkorten bij niet-schizofrene patiënten die aan psychosen leden. De eerder genoemde wetenschappelijke ambitie blijkt uit het feit dat de St Willibrord het eerste gesticht in Nederland was waar de insulinekuur werd toegepast en vanwaar uit in 1937 een studie verscheen over de insulinekuur.<sup>22</sup>

Een andere somatische kuur waarbij St. Willibrord een voorhoede rol speelde was de elektroconvulsietherapie, of kortweg de elektroshock. De positieve werking van deze kuur op geesteszieken werd in Italië in 1938 ontdekt. De Italiaanse arts Ugo Cerletti kwam tijdens zijn onderzoek naar het gebruik van elektriciteit bij epilepsie tot het inzicht dit te combineren met de therapie van Von Meduna. Deze shock therapie werd in 1936 in Hongarije door Ladislaus von Meduna ontwikkeld en werd ook wel de cardiazolkuur genoemd.<sup>23</sup> Doordat er gedacht werd dat er een mogelijk antagonisme bestond tussen epilepsie en schizofrenie, werd er bij de cardiazolkuur bij schizofrenen geprobeerd epileptische insulten op te wekken. Cerletti's collega Bini, ontwikkelde een apparaat waarmee insulten konden worden opgewekt door middel van wisselstroom. Anders dan de cardiazolkuur bleven de onaangename sensaties die zich daarbij voordeden achterwege bij de elektroshocktherapie, aangezien de patiënten zich achteraf niets meer konden herinneren van de behandeling. De patiënten protesteerden niet vooraf tegen de behandeling, aangezien zij zich achteraf niets meer van de behandeling konden herinneren.<sup>24</sup> In 1939 was Sint Willibrord de eerste Nederlandse inrichting waar de elektroshock therapie werd toegepast.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Bakker en De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 99- 101, 117-118

<sup>23</sup> Ibidem 121

<sup>24</sup> Ibidem 119-120

<sup>25</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief* (1970-2005) 330-332

### 3. De actievere therapie en sociaal pedagogische inzichten

In deze paragraaf zal stil staan bij de psychosociale factoren die hebben bijgedragen tot een socio- en psychotherapeutisch klimaat beginnend bij de ‘actievere therapie’ zoals die in de plaats Gütersloh, in Duitsland werd toegepast door Dr. Hermann Simon.

De zogenaamde ‘actievere therapie’ werd in 1928 in Heiloo ingevoerd nadat twee aan de St. Willibrord verbonden broeders een werkbezoek hadden gebracht aan Gütersloh.<sup>26</sup> De actievere therapie was al in 1926 geïntroduceerd in Nederland door Van der Scheer, de toenmalige geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort.<sup>27</sup> Wat hield de ‘actievere therapie’ precies in? De actievere therapie had tot doel de patiënten deel uit te laten maken van de gestichtsgemeenschap en ze daar te socialiseren. Patiënten werd geleerd te functioneren binnen een groep, waarbij het gesticht fungeerde als ‘kleine maatschappij’. Het resocialiserende karakter uitte zich in het belonen van goed en het straffen van slecht gedrag. Arbeid stond hier, net als in de ‘echte’ maatschappij, centraal, met als doel de patiënt weer deel te laten nemen aan het arbeidsproces. De patiënt leerde hierdoor zelfstandig te functioneren. De achterliggende gedachte van de activerende therapie was het idee dat het sociale milieu een positieve invloed had op het gedrag van mensen.<sup>28</sup>

De sociale benadering van de actievere therapie vormde een breuk met de biologische benadering binnen de psychiatrie rond 1900, in het bijzonder de benadering van de actievere therapie door Stärcke dat uitging van de positieve invloed van de het sociale milieu op het gedrag van de patiënten. Stärcke was een psychoanalytisch georiënteerde psychiater die als afdelingshoofd werkte in de Willem Arntz Hoeve te Den Dolder. Stärcke’s benadering van de actievere therapie verschilde van die van Van der Scheer. Hoewel Van Der Scheer wordt gezien als een belangrijke promotor van de Actievere Therapie, is de benadering van Starcke mijns inziens crucialer geweest voor de ontwikkeling van een psychotherapeutische trend. Van der Scheer’s invulling van de actievere therapie was meer gericht op conditionering waarbij de patient doormiddel van arbeid werd opgevoed. Starcke benadrukte veel meer het verantwoordelijkheidsgevoel. Hoewel van der Scheer net als Stärcke het belang van

---

<sup>26</sup> Bakker en De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 35-37.

<sup>27</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 314.

<sup>28</sup> *ibidem* 337.

gezien als een belangrijke promotor van de Actievere Therapie, is de benadering van Starcke mijns inziens crucialer geweest voor de ontwikkeling van een psychotherapeutische trend. Van der Scheer's invulling van de actievere therapie was meer gericht op conditionering waarbij de patient doormiddel van arbeid werd opgevoed. Starcke benadrukte veel meer het verantwoordelijkheidsgevoel. Hoewel van der Scheer net als Stärcke het belang van gemeenschapszin onderstreepte door de patienten groepsactiviteiten te laten verrichten, was het Stärcke die tot het inzicht kwam dat het storende gedrag van de geestesziekte tot stand kwam onder invloed van de omgeving. Hiermee bedoelde Starcke dat het gedrag van de geesteszieke bepaald werd door het door patiënten waargenomen gedrag van anderen. Volgens Stärcke moest er dus rekening worden gehouden met de individuele belevingswereld van de patiënt en de manier waarop zij de wereld om hen heen ervoeren. Om deze reden achtte Stärcke het contact met de omgeving belangrijker dan de impliciete eis tot arbeid en conditionering zoals Van Der Scheer voorstond, zodat de patiënten leerden rekening te houden met de ander. Volgens moest er dus rekening worden gehouden met de individuele belevingswereld van de patiënt. Het verplegend personeel moest bij zichzelf nagaan in hoeverre hun eigen gedrag, storend gedrag bij de patiënten in de hand werkte en de patiënten werd geleerd rekening te houden met de andere patiënten Stärcke's interpretatie van de actievere therapie was vernieuwend omdat er een eerste stap werd gezet naar een psychosociale aanpak die in de jaren 50 en 60 vorm kreeg in sociaalpsychologische en sociotherapeutische benaderingen in de gestichtspsychiatrie.<sup>29</sup>

In het jaarverslag van 1930 wordt vermeld dat de St. Willibrord een eigen draai gaf aan de actievere therapie. Zoals eerder vermeld waren de broeders op werkbezoek geweest in Gütersloh om daar kennis op te doen van de actievere therapie. De broeders merkten in navolging van andere psychiaters en gestichtspersoneel uit Nederland op, dat de actievere therapie zoals deze in Duitsland was ontwikkeld niet kon worden nagebootst in de Nederlandse gestichten. De broeders van de St Willibrord die op werkbezoek waren geweest naar Gütersloh, merkten op dat dat er zoiets heerste als 'Duitse discipline' Hoewel er een impliciete eis tot arbeid bestond en de patiënten hiertoe sterk werden gestimuleerd, was er binnen de St. Willibrord een verschil aan te wijzen met de oorspronkelijke actievere therapie zoals die zich in Duitsland heeft ontwikkeld. Het was er volgens hen een stuk minder

---

<sup>29</sup> Stegge C. aan de en H. Oosterhuis 'Geen dressuur maar opvoeding. August Stärcke en de actievere therapie', Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 65 (2010) 271-277.

gemoedelijk dan in de Nederlandse gestichten.<sup>30</sup> De nadruk lag in Nederland en in het bijzonder in de St. Willibrord op het vergroten van het gemeenschapsgevoel waarbij rekening werd gehouden met elkaar. In het jaarverslag van 1930 blijkt bijvoorbeeld dat er aandacht werd besteed aan ontspanning en dit gebeurde in groepsverband, zoals het gezamenlijk spelen van spellen en toneeluitvoeringen.<sup>31</sup> Binnen de St. Willibrord werd een andere interpretatie gegeven aan arbeid dan voorheen het geval was bij de arbeidstherapie. Binnen de St. Willibrord werd uiteengegaan van de eigen mogelijkheden en daarnaast werd het eigen initiatief zoveel mogelijk gestimuleerd. Er werd geprobeerd de patiënten een zo hoog mogelijk niveau te laten bereiken door ze steeds moeilijkere taken te laten verrichten<sup>32</sup>

De toenmalige geneesheerdirecteur Barnhoorn, maakte zich hard voor een aangewezen afdeling waar vrijwillige opname mogelijk was voor minder gestoorde patiënten, zoals zenuwzieken. Aangewezen afdelingen zouden het patiënten mogelijk maken opgenomen te worden zonder het stempel van krankzinnige opgedrukt te krijgen. Dit was goed voor de patiënt en het zou ook het imago van het krankzinnigengesticht verbeteren dat met wantrouwen werd gezien. Deze aangewezen afdeling, 'Glorieux' genaamd, kwam er in 1932. Om dezelfde reden zou er een apart gespecialiseerd instituut moeten komen voor de jongeren met mildere aanpassingsproblemen, een zogenaamd een Medisch-Pedagogisch Instituut.<sup>33</sup>

Wat hield precies de pedagogische afdeling in? Het idee achter de pedagogische afdeling was dat het gesticht een negatief imago had en jongeren met mildere aanpassingsmogelijkheden sneller zouden genezen als zij niet samen met de andere gestichtsbewoners zouden worden verpleegd. De omgang met chronische gesticht patiënten werkte namelijk stigmatiserend. De jongeren werden voorheen altijd behandeld op de jongensafdeling van de St. Willibrord. Daar werden naast psychopaten ook moeilijk opvoedbare kinderen verpleegd.

In hoeverre droeg de pedagogische afdeling bij aan een sociotherapeutische en psychotherapeutische ontwikkeling? Ook hier werd uitgegaan van de therapeutische werking van de groep. Dit blijkt uit de groepsactiviteiten die werden ondernomen. Het Jaarverslag uit 1947 vermeldt dat sociale interactie tussen de patiënten en het verplegend personeel belangrijk was. Vermeldt werd dat er aan scouting werd gedaan, tevens werden er in de zomervakantie

---

<sup>30</sup> *Jaarboek Vereeniging van Roomsche Katholieke gestichten en inrichtingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen ('S-Hertogenbosch 1930)* 330-332.

<sup>31</sup> *Jaarboek Vereeniging van Roomsche Katholieke gestichten en inrichtingen*, Idem.

<sup>32</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van goede zorg en werken*. 46-47, 136- 139.



fietstochten georganiseerd. De eigen verantwoordelijkheid van de jongeren werd daarnaast gestimuleerd. Sommige jongens werden bijvoorbeeld tewerk gesteld in winkels of in de landbouw ter voorbereiding van hun terugkeer in de maatschappij. Er was dus ruimte binnen het gesticht voor zelfontplooiing<sup>34</sup>

#### **4. Geesteswetenschappelijke inzichten tijdens het interbellum**

Het is in dit verband van belang om in te gaan op de achtergrond van Louis Vaessen die verantwoordelijk was voor de oprichting van de pedagogische afdeling en die in 1945 tweede geneesheer werd. Vaessen was in de jaren '40 in de leer geweest bij psychoanalytici die deel uitmaakten van de Leidse Vereniging voor Psychoanalyse.<sup>35</sup> In de inleiding heb ik al vermeld dat de introductie van de psychoanalyse en geesteswetenschappen er voor zorgden dat de patiënt een actievere rol kreeg in zijn genezingsproces. Alvorens ik inga op de achtergrond van Louis Vaessen, de Leidse vereniging voor psychoanalyse en de psychiaters bij wie Vaessen in de leer was geweest, is het allereerst van belang iets te vertellen over de introductie van de psychoanalyse en de geesteswetenschappelijke ideeën binnen de psychiatrie die van belang zijn geweest voor het ontstaan van een psychotherapeutisch klimaat in het interbellum. Na de psychoanalyse te hebben besproken, zal ik ingaan op de betekenis van de Leidse vereniging en de invloed van de geesteswetenschappelijke op de ontwikkeling van een psychotherapeutisch klimaat. De ontwikkelingen die zich tijdens het interbellum voordeden zouden gehoor vinden in de jaren '50.

De introductie van geesteswetenschappelijke ideeën tijdens het interbellum zorgden er naast de psychoanalyse voor dat de patiënt een actievere rol kreeg in zijn genezingsproces, wat ook een van de kenmerken was van de therapeutische gemeenschap. Kenmerkend voor de geesteswetenschappelijke stromingen was namelijk dat de aanhangers hiervan naar het verhaal van de patiënt luisterden. Er werd voor het eerst kennis genomen van de subjectieve beleving van de patiënten.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> *Jaarboek Vereeniging van Roomsche Katholieke gestichten en inrichtingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen ('S-Hertogenbosch 1947)* 14-15.

<sup>35</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van goede zorg en werken* 135.

<sup>36</sup> Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid* (Amsterdam 2005) 149-150.

*De psychoanalyse en de subjectieve beleving van het individu.*

De psychoanalyse zorgde er voor dat de patiënt een actievere rol kreeg in zijn genezingsproces. Met de intrede van de psychoanalyse in Nederland aan het begin van de twintigste eeuw kwam men tot het inzicht dat geestesziekten niet louter aandoeningen van de hersenen waren maar dat omgevingsfactoren ook invloed hadden op het gedrag van mensen. Het is allereerst van een belang beknopt uit te leggen wat de psychoanalyse precies omhelsde. Er rezen begin twintigste eeuw steeds meer vraagtekens ten aanzien van de anatomische methoden binnen de psychiatrie. Er werd gehoopt dat met de komst van nieuwe anatomische technieken, de oorzakelijke achtergronden zouden worden ontdekt van hersenziekten. Er zou dan een wetenschappelijke omschrijving voor deze ziekten kunnen worden gevonden, waarvoor vervolgens effectieve therapieën konden worden ontwikkeld. Een ontdekking van de oorzakelijke achtergronden van hersenziekten bleef begin twintigste eeuw echter uit.<sup>37</sup> Sigmund Freud, de geestelijke vader van de psychoanalyse, toonde aan dat psychische stoornissen niet rechtstreeks in het zenuwstelsel konden worden gelokaliseerd.<sup>38</sup> Freud kwam tijdens het werken met de Oostenrijkse psycholoog Breuer, tot het inzicht dat de hypnotische staat, hysterie en de neurosen, gelijkenissen vertoonden. Breuer vertelde Freud over een patiënte wier bizarre hysterische symptomen werden genezen doormiddel van de vrouw in hypnotische staten te brengen, waardoor zij systematisch werd teruggeleid tot de oorsprong van haar afzonderlijke symptomen.<sup>39</sup> Freud en Breuer's samenwerking resulteerde in 1895 tot de publicatie *Studien uber hysterie*. In dit boek legden de schrijvers de betekenis vast van het onbewuste voor het zielenleven van de neurotische patiënt. Door pijnlijke, maar onbewuste herinneringen bewust te maken, de patiënt kon in deze fase, doormiddel van de hypnose, zijn symptomen kwijt raken. In 1900 verscheen Freud's *Die Traumdeutung* waarin Freud postuleerde dat doormiddel van de vrije associatie, het vrijelijk uiten van alles wat de patiënt tijdens het analytische uur voor de geest kon halen, onbewuste ervaringen ontdekt konden worden. Deze ervaringen waren volgens Freud van seksuele aard en waren niet zozeer vergeten als 'verdrongen'. Zij konden dus alleen bewust worden gemaakt door het overwinnen van deze weerstanden bij de patiënt. De droom was, door zijn verklarende en onzichtbare betekenissen, een goed middel om deze

---

<sup>37</sup> Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid*. (Amsterdam, 2005) 67.

<sup>38</sup> Hans de Waardt, *Mending Minds; A Cultural History Of Dutch Academic Psychiatry* (Rotterdam, 2005) 101

<sup>39</sup> Roy Porter, *Madness; a brief history* (Oxford 2002) 189.

ervaringen weer op te sporen. In dit boek werd ook het Oedipuscomplex voor het eerst aan het lezerspubliek geïntroduceerd: de op jeugdige leeftijd al naar het onbewuste verdrongen wens van het kleine jongentje om zijn moeder, en van het kleine meisje om haar vader te beminnen.<sup>40</sup>

In 1905 publiceerde Freud twee voor de psychoanalyse belangrijke werken: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* en *Der Witz und Seine Beziehung zum Unbewussten*. Freud ging in deze publicaties in op het conflict tussen de vitale – ik driften en de seksuele driften, de zogenaamde ‘libido’ van het organisme, en de omgeving waarin dit organisme zich bevindt. Volgens Freud bevindt ieder individu zich in een conflictsituatie, die wordt veroorzaakt door tegengestelde eisen van het bewuste denken en het onbewuste driftleven. Dit conflict moet volgens Freud worden opgelost door een draaglijk compromis tussen ik – driften en libido enerzijds en de realiteit anderzijds, of in psychoanalytische termen tussen ‘lustprincipe’ en realiteitsprincipe’ vervangen worden, wil een mens een gezond leven lijden. Wie dit conflict tussen deze twee tegenpolen niet kan oplossen, wordt neurotisch.<sup>41</sup>

De analytische behandelingsprocedure hield in dat een patiënt tijdens het analytische uur op een bank moest liggen. De analist stelde zich zo objectief mogelijk op ten opzichte van de patiënt. Het ging in deze behandeling niet om het uitwisselen van vertrouwelijke informatie maar om emotionele afstand. De analyticus onthield zich geheel en al van morele beïnvloeding van de patiënt. Het ging bij de behandeling van de patiënt om bij de patiënt onplezierige onbewuste wensen bewust te maken doormiddel van de vrije associatie en doormiddel van de droomuitleg.<sup>42</sup> Hoewel Freud in principe de biologisch wetenschappelijke traditie van de neurologen trouw bleef, hield Freud’s gedachtegoed zich niet bezig met neurologische substraten. Daarbij moet echter wel opgemerkt worden dat hij het onderbewuste sterk koppelde aan de biologische instincten.<sup>43</sup> Dat de psychoanalyse zich met psychosociale factoren bezighield, blijkt uit Freud’s analyse ten aanzien van de invloed die omgevingsfactoren, zoals cultuur, op het gedrag van mensen kon hebben. De seksuele en agressieve instincten van de mens, maakte het noodzakelijk dat het gedrag in toom werd gehouden. Dit in toom houden van de instincten werd opgelegd doormiddel van discipline, voortgekomen uit de beschaving en kon echter ook negatieve gevolgen voor het psychische

---

<sup>40</sup> Ilse N. Bulhof, *Freud en Nederland* (Baarn 1983) 24.

<sup>41</sup> Bulhof, Freud, idem.

<sup>42</sup> Ibidem, idem.

<sup>43</sup> Roy Porter, *Madness* 192.

welzijn van het individu hebben. De door de beschaving opgedrongen moraal zorgde er voor dat gevoelens, al dan niet op seksueel gebied, door het individu werden verdrongen. Dit maakten veel mensen volgens Freud neurotisch.<sup>44</sup>

De verbreiding van de psychoanalyse in Nederland werd mogelijk gemaakt doordat vooraanstaande psychiaters in Nederland zoals de Leidse hoogleraar psychiatrie Gerbrand Jelgersma, belangrijke aspecten van de psychoanalyse accepteerden. Daarnaast stichtten andere psychoanalytisch geïnspireerde psychiaters een vereniging. De psychoanalyse werd hierdoor gaandeweg binnen de ‘officiële’ psychiatrie geaccepteerd.<sup>45</sup> Zoals we in het betoog over de psychoanalyse hebben kunnen lezen, had de psychoanalyse dan misschien wel een nadrukkelijke medische oriëntatie, maar de oorzaak van psychische stoornissen werd zoals vermeld niet rechtstreeks in het zenuwstelsel gelokaliseerd. Dit sprak psychiaters aan die de natuurwetenschappelijke psychiatrie te reductionistisch vonden, hoewel sommige psychiaters moeite hadden met het idee dat er volgens de psychoanalyse onbewuste seksuele drijfveren ten grondslag lagen aan menselijk gedrag. Toch werd de psychoanalyse door sommige psychiaters met een confessionele achtergrond, zoals Leendert Bouman, geapprecieerd omdat het ruimte toeliet voor de ziel.<sup>46</sup> Dat de psychoanalyse rekening hield met de invloed van de omgeving op het gedrag van mensen is duidelijk bij Stärcke’s interpretatie van de psychoanalyse, die eerder aan bod is gekomen bij behandeling van de actievere therapie. Stärcke was een van de eerste psychiaters in Nederland die de psychoanalyse omhelsde. Aandacht voor de invloed van cultuur op de gemoedstoestand gaf sommige psychoanalytici het inzicht dat de heersende moraal en het taboo ten aanzien van seksualiteit neurosen in de hand werkten.<sup>47</sup> Zoals we eerder zagen, pastte Stärcke aan de psychoanalyse gerelateerde inzichten toe binnen de actievere therapie, waarbij de patient rekening leerde houden met zijn omgeving. Stärcke maakte duidelijk dat psychosen het product waren van een communicatiestoornis tussen de patient en zijn omgeving. De psychoanalyse zorgde er voor dat het accent verschoof van opvoeding, naar geleide zelfontplooiing. Daartoe werd bij de patient het verantwoordelijkheidsgevoel gestimuleerd.<sup>48</sup> Dat het accent onder invloed van de psychoanalyse verschoof van opvoeding naar geleide zelfontplooiing was bijvoorbeeld ook te

---

<sup>44</sup> Bulhof, idem.

<sup>45</sup> Ruud Abma & Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid, De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 65-67

<sup>46</sup> Hans de Waardt, *Mending Minds; A Cultural History Of Dutch Academic Psychiatry* (Rotterdam, 2005) 101

<sup>47</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 422.

<sup>48</sup> Ibidem 425.

zien binnen de kinderpsychiatrie. Waar voorheen binnen de kinderpsychiatrie de nadruk lag op gehoorzaamheid aan het ouderlijk gezag en het onderdrukken van slechte neigingen kwam er vanaf de jaren '30 en '40, onder invloed van de psychoanalyse, meer de nadruk te liggen op de individuele belevingswereld. Hierdoor verschoof het karakter van de opvoeding van gehoorzaamheid naar wederzijds vertrouwen. Kinderpsychiaters als Th. de Ruyter en Grewel stelden dat de opvoeding van het kind nu meer gericht moest worden op het voorkomen van psychische problemen door de ouders bewust te maken van de psychologische ontwikkeling van hun kind.<sup>49</sup>

*De Leidse vereniging voor psychopathologie en psychoanalyse.*

Het is in dit verband belangrijk om iets over de Leidse Vereniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse te melden, aangezien de psychiaters die tot deze groep behoorden er eclectische ideeën op nahielden en deze groep juist was opgericht als een antwoord op het sektarische karakter rondom Freuds gedachtegoed in Nederland. Daarnaast toonde deze groep belangstelling voor psychosen. De Leidse groep vormde zich rondom de Leidse hoogleraar Jelgersma. Hoewel Jelgersma een positieve waardering voor de psychoanalyse had, heeft hij nooit het Freudiaanse model als het enige systeem voor de psychiatrie willen beschouwen. Hij beschouwde de psychoanalyse als een veelbelovende verklarend model, maar stond daarnaast altijd open voor andere verklarende ideeën en therapieën. Hij stelde bijvoorbeeld dat, hoewel er volgens de psychoanalyse seksuele driften aan elk psychisch functioneren ten grondslag lagen, mensen naast primaire instincten ook 'hogere' morele kwaliteiten bezaten die deze instincten onderdrukten.<sup>50</sup>

Psychoanalytici als Westerman Holstijn waren gepromoveerd op het psychoanalytisch begrijpen van psychotici door met ze te communiceren.<sup>51</sup> Zoals gezegd beschouwde psychiaters als Jelgersma, maar ook andere psychiaters tijdens het interbellum, de psychoanalyse als een belangrijke aanwinst, zonder deze onvoorwaardelijk te omarmen. De acceptatie van de psychoanalyse door Jelgersma zorgde voor een paradigma verschuiving binnen de Nederlandse psychiatrie. Psychische aandoeningen werden tot aan het interbellum verklaard vanuit het biologische model, dat inhield dat er medische somatische redenen ten grondslag lagen aan geestesziekten.

---

<sup>49</sup> Ibidem 424.

<sup>50</sup> de Waardt, *Mending Minds* 90, 91

<sup>51</sup> Christien Brinkgreeve, *Psychoanalyse in Nederland* (Amsterdam, 1984) 81

*Een geesteswetenschappelijke benadering; fenomenologische en antropologische psychiatrie*

De introductie van de geesteswetenschappelijke psychiatrie in Nederland wordt toegeschreven aan Leendert Bouman, hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit, nadat hij in 1913 de *Allgemeine Psychopathologie* van de Zwitserse psychiater Karl Jaspers introduceerde, waarin de psychiatrie nadrukkelijk mede als geesteswetenschap werd opgevat en waarbij het eigen karakter van de psychische processen voorop stond. De fenomenologie binnen de psychiatrie legt de nadruk op de psychische processen zoals die door Karl Jaspers naar voren zijn gebracht, terwijl de natuurwetenschappelijke georiënteerde psychiatrie gedragspatronen opvat als mechanisch optredende gevolgen van bepaalde oorzaken. Een natuurwetenschappelijke psychiatrie probeert deze oorzaken te verklaren, terwijl de fenomenologie juist de nadruk legt op het begrijpen van de subjectieve beleving. De invloed van de fenomenologie op de Leidse psychiaters zagen we terug in de paragraaf over Leidse psychiatrie. De Leidse psychiaters probeerden de uitingen van psychotici te begrijpen in plaats van deze somatisch te verklaren. Leendert Bouman merkte op dat, ‘het psychische zich niet laat begrijpen doormiddel van causale relaties omdat iedere subjectieve belevingswereld voor ieder individu verschillend is’. Het was de taak van de psychiater door te dringen in de subjectieve belevingswereld van de patient doormiddel van inleving of invoelen.<sup>52</sup>

De kern vormt hierin de persoonlijkheid die onveranderd blijft, ook in de psychose, maar deze kwam echter niet voldoende tot. Een psychose betekent echter geen complete uitschakeling van de persoonlijkheid. Ook in het psychotische ziektebeeld komt de persoonlijkheid tot uiting. Volgens Bouman was de neurologie ontoereikend om de psychose te behandelen en daarom moest het psychologisch onderzoek een belangrijke plaats innemen naast de neurologie.<sup>53</sup> De fenomenologie vormde een begrippenapparaat voor confessionele psychiaters als Bouman die meenden dat het geestelijk leven onvoldoende tot uitdrukking kwam in de heersende natuurwetenschappelijke psychiatrie.<sup>54</sup> Hoewel de fenomenologische georiënteerde psychiatrie veraf stond van de gestichtspraktijk, vonden fenomenologische inzichten hun weg bijvoorbeeld naar de psychiatrische inrichting Wolfheze onder het directoraat van Hendrik van Der Drift in de jaren 50, waar ik later op terug zal komen. Fenomenologische inzichten werden daarnaast vaak gekoppeld aan antropologische inzichten,

---

<sup>52</sup> Ruud Abma & Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid* 67, 68

<sup>53</sup> Ibidem

<sup>54</sup> Ibidem

aangezien de antropologische stroming voortborduurde op de fenomenologische benadering.<sup>55</sup> Het ziek-zijn heeft ook een bepaald functie of nut. De patiënt drukt doormiddel van zijn ziek-zijn uit dat hij in moeilijkheden verkeerde. Doordat het individu bijvoorbeeld genegeerd werd. De mens kan daarom niet los worden gezien van zijn sociale context. De nadruk op de persoonlijke ontwikkeling zoals die in de fenomenologie wordt gezien, werd door Van Der Drift daarom gekoppeld aan het idee dat het probleem van de patiënt school in de gestoorde of gebroken relatie met zichzelf en de gemeenschap.<sup>56</sup>

### *Achtergronden voor het succes van de geesteswetenschappelijke benadering tijdens het Interbellum*

De eerder genoemde omwenteling van een natuurwetenschappelijke georiënteerde psychiatrie naar een meer geesteswetenschappelijke benadering binnen de psychiatrie, had allereerst te maken met de acceptatie van de psychoanalyse. Psychiaters waren ongelukkig met het materialisme dat het uitgangspunt vormde van de psychiatrie tot aan het interbellum. De psychoanalyse vormde een alternatief voor de psychiatrie die tot dan toe psychische toestanden verklaarden vanuit hersenveranderingen. De eerder genoemde Leendert Bouman stelde dat het verklaren van psychische processen vanuit hersenveranderingen niet mogelijk was. Daarnaast meenden confessionele psychiaters dat het geestelijk leven niet voldoende tot uiting kwam binnen een psychiatrie die tot dan toe de nadruk legde op het verklaren in plaats van het begrijpen van psychische processen. Een van de uitgangspunten van de geesteswetenschappelijke psychiatrie was namelijk dat het psychische te complex was om doormiddel van causale relaties begrepen te worden.<sup>57</sup> Dit was tegelijkertijd ook een aanval op de psychoanalyse en een van de redenen dat psychiaters, al dan niet met een confessionele achtergrond, de fenomenologische en antropologische psychiatrie omhelsden als een fatsoenlijk geesteswetenschappelijk alternatief voor de psychoanalyse.

---

<sup>55</sup> Ibidem 68.

<sup>56</sup> Joost Vijselaar e.a, *Van streek, 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid\_west Gelderland* (Utrecht, 2007) 198

<sup>57</sup> Ruud Abma & Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid, De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 67-68.

Samenvattend kan gesteld worden dat de positieve waardering voor de psychose en de positievere kijk op het onderbewuste onder invloed van de geesteswetenschappelijke psychiatrie, hebben bijgedragen aan een sociotherapeutische en psychotherapeutische trend. Doordat er naar het verhaal van de patiënt werd geluisterd, kreeg de patiënt de mogelijkheid om een eigen rol te spelen in zijn genezingsproces. De psychiater kon op deze manier kennisnemen van de aard van de problematiek van de patiënt. Zoals eerder besproken ging de antropologische psychiatrie er vanuit dat het ziek-zijn ook een bepaald nut heeft. De patiënt drukt door zijn gestoorde gedrag uit dat hij in moeilijkheden verkeerd, ofwel, de zin in de waanzin waarnaar ik eerder refereerde. Er werd aandacht besteed aan de sociale en psychologische achtergronden van geestesziekten en de subjectieve belevingswereld van de patiënt. Tijdens het interbellum kwam men binnen de psychiatrie tot de conclusie dat de mens niet louter en alleen werd gedreven door zijn instincten. De nadruk kwam tijdens het interbellum onder invloed van de geesteswetenschappelijke benadering op communicatie te liggen. De nadruk lag, zoals eerder vermeld, veel meer op het begrijpen van het gedrag van psychotici dan het verklaren ervan. De fenomenologie en de antropologische psychiatrie maakten de 'wartaal' van de psychotici begrijpelijk door te stellen het gedrag werd bepaald door de manier waarop de patiënt door zijn sociale omgeving werd bejegend en de manier waarop het individu reageerde op zijn omgeving.<sup>58</sup>

Het idee van vrije keuze en zelfontplooiing zijn typische kenmerken van een geesteswetenschappelijke invalshoek, aangezien er verondersteld werd dat mensen niet geleid werden door biologische driften maar juist een vrije wil hadden. In de volgende paragraaf waarin de jaren '50 aanbod komen, zal worden besproken dat communicatie een van de uitgangspunten vormde van therapievormen die op dat moment werden toegepast binnen de gestichtpsychiatrie. Doormiddel van communicatie en het aangaan van contacten kreeg de patiënt inzicht in zijn eigen problematiek, dit werkte therapeutisch en zorgde er tevens voor dat de patiënt zich kon ontplooien.

---

<sup>58</sup> Wilschut, *Tussen psychiatrie en filosofie* 215-216.



## 5. De jaren '50. Vrijheid en geleide zelfontplooiing

De geesteswetenschappelijke ontwikkeling binnen psychiatrie tijdens het interbellum had tot gevolg dat er binnen de psychiatrie vanaf de jaren 50 tot het inzicht werd gekomen dat interactie tussen de patiënten en het onderling praten over de problemen therapeutisch werkten. Dit was bijvoorbeeld te zien bij de Leidse hoogleraar Carp, de opvolger van Jelgersma. Wat de mens volgens Carp onderscheidde van andere wezens was het beleven van gemeenschapsbetrekkingen, waaruit vervolgens gevoelens als plichtsgevoel, verantwoordelijkheidsgevoel, rechtvaardigheidsgevoel en het waarheidsgevoel voortvloeiden. Carp keerde zich af van het determinisme van de biologische driften van Freud door twee soorten driften van elkaar te onderscheiden; sociale driften en supra sociale driften. Sociale driften kunnen worden gekoppeld aan zelfvervolmaking en supra sociale driften kunnen worden gekoppeld aan zelfovergave en de eerder genoemde gevoelens van plichtsgevoel, verantwoordelijkheidsgevoel, rechtvaardigheidsgevoel en waarheidsgevoel. Het ging er bij Carp om dat het individu zich doormiddel van bijvoorbeeld de opvoeding, te midden van de gemeenschap leerde ontplooien. Het idee van de supra-sociale was verwant aan Jelgersma's idee dat de mensen naast innerlijke instincten ook 'hogere' morele kwaliteiten bezaten die deze instincten onderdrukten.<sup>59</sup> Carp was volgens Hans Wilschut, die onderzoek heeft gedaan naar het werk van de Leidse hoogleraar, al in de jaren vijftig bezig met thema's die later zouden uitgroeien tot kernthema's van de antipsychiatrie, namelijk verantwoordelijkheid, zelfontplooiing en vermindering van hiërarchische patronen. Bij Carp ging het om gemeenschapszin en de ontmoeting en het leren kennen van de ander, waarbij communicatie een grote rol speelde. Dit werkte therapeutisch en zorgde ervoor dat het individu zich kon ontplooien.<sup>60</sup>

Dit contact met de ander was een van de belangrijkste karakteristieken van de in het begin van de jaren 50 door de Leidse hoogleraar Carp geïntroduceerde sociotherapie. Waar voorheen in de actievere therapie de nadruk lag op aanpassing aan de gemeenschap doormiddel van gezag, tucht, en dressuur, kwam het accent in de sociotherapie te liggen op de ontplooiing van de persoonlijkheid van patiënten, het vermogen tot het uiten van gevoelens en aangaan van contact met andere mensen.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> Wilschut, *Tussen psychiatrie en filosofie*, 16, 54, 120, 123, 124, 165.

<sup>60</sup> Ibidem.

<sup>61</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief* 553- 554.

Carp werkte vanaf de jaren vijftig met verschillende vormen van groepstherapie in de Leidse universitaire kliniek met behulp van een fenomenologische aanpak waarbij de psychiater empathie toonde met de patiënt en hem probeerde te begrijpen. Patiënten kregen hierin de kans hun gevoelens de vrije loop te laten en daarnaast kregen patiënten in een groepssetting thema's aangereikt zoals 'schaamte' of 'ontmoediging', waar dan vervolgens door de patiënten over gepraat werd om ze zo meer inzicht te laten krijgen in hun eigen problemen en ze op deze manier uit hun sociale isolement te halen. Carp paste deze behandeling toe op 'makkelijke' patiënten zoals neurotici, waarbij het makkelijker was contact te leggen. Zoals vermeld is er een verschuiving te bespeuren waarbij in eerste instantie de nadruk lag op aanpassing aan de gestichtsgemeenschap naar geleide zelfontplooiing. Die geleide zelfontplooiing kwam bijvoorbeeld tot uiting in het dragen van medeverantwoordelijkheid in de vorm van zaalraden die zowel door Carp als door van der Drift werd toegepast.<sup>62</sup>

Het is vooral de moeite waard in te gaan op de zaalraden die deel uitmaakten van Van Der Drift's heropvoedingstherapie, aangezien deze therapie elementen bevatten die ook de uitgangspunten vormden van de cultuurkritiek van de jaren '70. Een belangrijk thema was broederschap. Bij Van der Drift's heropvoedingstherapie, waar de zaalraden een onderdeel van uit maakten, ging het om de erkenning van de waardigheid van het individu. Het idee van straffen en sancties werd om deze reden dan ook uit het perspectief van de erkenning en van de waardigheid van de individuele persoon bekeken. Iedereen moest verantwoordelijk worden gehouden voor zijn of haar gedrag. Het niet verantwoordelijke stellen van het gedrag van de ander zou een vorm van negeren zijn.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Vijselaar, *Van streek*, 207.

<sup>63</sup> *Ibidem*, 198.

## 6. St. Willibrord en de jaren 50. De vorming van een psychotherapeutisch klimaat

Met het vertrek van Barnhoorn als geneesheer-directeur en de komst in 1945 van De Smet als zijn opvolger en Vaessen als tweede geneesheer, verlegde St Willibrord haar koers naar een meer psychotherapeutische richting. Dit had alles te maken met de persoon Vaessen, die in de psychoanalytische leer was geweest bij Van der Hoop en later bij Westerman Holstijn. Daarnaast maakte De Smet, het mogelijk dat er een psychotherapeutisch klimaat werd geschapen. De Smet verkondigde progressieve ideeën maar stond ook in aanzien in de katholieke gestichtspsielatrie. In de morele discussie bijvoorbeeld betreffende de psychoanalyse en het idee dat seksuele driften ten grondslag liggen aan menselijk gedrag, heeft Vaessen er al in een vroeg stadium voor gezorgd dat de psychiatrie zich kon ontworstelen aan de moraaltheologie. Vaessen stelde dat normatieve oordelen op de tweede plaats dienden te komen.<sup>64</sup>

Met de komst van Vaessen ontstonden er nieuwe therapeutische inzichten. Vaessen kwam volgens Oosterbaan tot de conclusie dat er niet alleen kon worden voortgeborduurd op de biologische achtergronden van geestesziekte. Hij benadrukte dat de hele mens centraal stond, dit betekende volgens Oosterbaan een synthese tussen de biologische kuren en de psychotherapie.<sup>65</sup>

Zoals in de inleiding vermeld, bezocht Vaessen in 1953 het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz. Daar werd al eind jaren 40 op kleine schaal psychotherapie in groepsverband toegepast volgens het model van de therapeutische gemeenschap. Daarnaast bezocht Vaessen het neurosesanatorium Veluweland en de psychiatrische inrichting Wolfheze<sup>66</sup> Het militair Neurose Hospitaal te Austerlitz en het neurosesanatorium Veluweland zullen in het tweede hoofdstuk aanbod komen waarin in tevens zal worden ingegaan op therapeutisch gemeenschap De Oosthoek.

---

<sup>64</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van goede zorg en werken* 133, 135.

<sup>65</sup> J.S. Oosterbaan, *Willibrord door de jaren heen* (1996) 11-12.

<sup>66</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van goede zorg en werken* 149.

De werkbezoeken die Vaessen aflegden aan deze inrichtingen, die ervaring hadden met verschillende soorten van groepstherapie, brachten Vaessen op het idee met verschillende nieuwe therapieën binnen de St. Willibrord te experimenteren. Het ging hierbij om niet-verbale vormen van groepstherapie, discussie, groeps-vingerverven en psychodrama. Het belang van de intermenselijke relatie werd steeds meer benadrukt, zowel verbaal als non-verbaal. Een somatische kuur werd opgevolgd door creatieve therapie, waarbij vrije zelfexpressie in een psychotherapeutische omgeving de patiënt meer zelfvertrouwen gaf.<sup>67</sup> Bakker en de Goei geven een beschrijving van het psychotherapeutische klimaat ten tijde van de jaren 50 in de St. Willibrord. Uit de beschrijving die zij geven, blijkt dat men binnen de St. Willibrord tot de conclusie was gekomen dat communicatie en interpersoonlijke contacten therapeutisch zouden werken. Bij zware gevallen van geestesziekten was het moeilijk om via verbale weg contact te leggen. Om deze reden werd er geprobeerd doormiddel van ‘niet-verbale’ therapie contact te leggen zoals doormiddel van bijvoorbeeld de creatieve therapie of de bewegingstherapie. Op deze manier konden schizofrenen en psychotici nu ook uitdrukking geven aan hun gevoelens. Wat hield precies de creatieve therapie in? Doormiddel van andere wegen dan gesprek werd er geprobeerd een vertrouwelijk contact op te bouwen met de patiënt, en de patiënt langs deze weg uit zijn ziekelijke element te halen. Via het materiaal en de therapeut werd geprobeerd de patiënt aan te zetten tot contact met de andere patiënten.<sup>68</sup>

Vaessen maakte de non-verbale therapieën tot speerpunt van de psychotherapeutische behandelingen. Waar voorheen de creatieve therapie en de bewegingstherapie onder de actievere therapie werden geschaard, werden deze vanaf 1958 onder de psychotherapie geschaard. Het idee was om zoveel mogelijk patiënten bij de non-verbale therapieën te betrekken zodat de moeilijk te bereiken groep schizofrenen nu ook uitdrukking konden geven aan hun gevoelens. De patiënten konden doormiddel van de schilderijen hun gevoelens kwijt en vaak dienden de schilderijen als een vorm van indicatie of diagnostiek. Het is om deze reden dat Vaessen werkte met thema's met betrekking tot de onbewuste gevoelens die tot uiting kwamen tijdens het schilderen, zoals smeerzucht, agressieve conflicten en ziekelijke binding aan de ouders. Deze thema's kwamen vervolgens weer aan de orde in gespreksessies en werden besproken in de groep.<sup>69</sup> De thema's geven duidelijk blijk van een sociaal psychiatrische invalshoek, een veelvoorkomend thema is bijvoorbeeld de ziekelijke binding

---

<sup>67</sup> Oosterbaan, *Willibrord* (1996) 11-12.

<sup>68</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van goede zorg en werken*. 153

<sup>69</sup> *ibidem* 153-155.

van het individu aan de ouders. Er werd gekeken naar de opvoeding en de rol die de opvoeding kon spelen in de ontwikkeling van een psychiatrische stoornis. Dit wordt duidelijk aan de hand van een artikel dat Vaessen heeft geschreven over de creatieve therapie. Vaessen stelt hierin dat het gedrag niet wordt veroorzaakt door de driften in het onderbewuste, maar door bijvoorbeeld de opvoeding. De creatieve therapie benadrukte de betekenis en waarde van de tekening of het schilderij voor de patiënt, zonder dat het werd gekoppeld aan de diagnostisering van nosologische kenmerken.<sup>70</sup> Nu werd meer aandacht besteed aan de subjectieve belevingswereld van chronisch geestelijke patiënten, in het bijzonder van schizofrenen.

Een andere vorm van psychotherapie die werd gegeven was de sociotherapie. Volgens het jaarverslag van 1954 had deze het karakter van zaalvergaderingen. De enkele keren dat deze bijeenkomsten een groepstherapeutisch karakter hadden, kwamen zaken als het accepteren van het gezond-zijn van de ander en de behandeling tegen de wil van de patiënt aan bod. Hieruit blijkt dat men ervan overtuigd was dat er een therapeutische werking uitging van de groep. Doormiddel van internalisering dat wil in deze context zeggen, het accepteren van het gezond zijn van de ander, krijgt de patiënt inzicht in zijn eigen probleem. De patiënt komt tot het bewustzijn dat hij anders is dan de ander. Hij leert zichzelf kennen, wat leidt tot zelfverwerkelijking en de ontwikkeling van een eigen persoonlijkheid wat in het verlengde staat van het ontwikkelingsprincipe en zelfontplooiing. Uit het jaarverslag blijkt tevens dat patiënten in de gelegenheid werden gesteld zich kritisch uit te laten over de dagelijkse gang van zaken binnen de kliniek. Zo werd het eten bekritiseerd en het vroeg naar bed gaan bekritiseerd, hoewel constructieve kritiek in de vorm van verbeteringspunten, moeizaam verliep.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> M.L.J. Vaessen, The Icarus Complex, in; *'Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica'*, 65 (1961) 285-293.

<sup>71</sup> *Verslag betreffende de Psychiatrische Inrichting St. Willibrordus Stichting voor mannelijke Zenuw – en Zielszieken te Heiloo over her jaar 1954* 12

## Conclusie

Als conclusie kan worden gesteld dat de paradigkawisseling van een natuurwetenschappelijke psychiatrie naar een meer geesteswetenschappelijke psychiatrie tijdens het interbellum, van belang is geweest voor de totstandkoming van een psychotherapeutische en sociotherapeutische trend. Er kwam aandacht voor de sociale en psychologische achtergronden van geestesziekten en het verhaal van de patiënt. Dit was eind jaren '20 van de vorige eeuw al te zien bij Starcke's interpretatie van de actievere therapie. Hoewel het idee dat de sociale omgeving een positieve werking had op het gedrag van de patiënten een van de uitgangspunten vormden van de actievere therapie, zagen we bij Starcke dat de patiënt daadwerkelijk een eigen rol kreeg in zijn genezingsproces. Er werd voor het eerst rekening gehouden met de subjectieve belevingswereld en de individuele mogelijkheden van de patiënt. Terwijl bij Van der Scheer's interpretatie van de actievere therapie het zwaartepunt lag bij conditionering, ging Starcke veel meer uit van de eigen mogelijkheden van de patiënt. Voor psychotici achtte Starcke?? Rust en ontspannende bezigheden geschikter dan arbeid omdat zij tijd en rust nodig hadden om hun emoties te verwerken. Contact met de omgeving achtte Starcke om deze reden belangrijker dan de impliciete eis tot arbeid.

De aandacht voor de sociale en psychologische achtergronden van de problematiek van de patiënt werd eveneens door de psychoanalyse en geesteswetenschappelijke psychiatrie benadrukt. Als voorbeeld kan de fenomenologische stroming binnen de psychiatrie worden genoemd. De fenomenologie probeerde het gedrag van de patiënt te begrijpen in plaats van te verklaren doormiddel van het inleven in de problematiek van de patiënt en rekening te houden met de eigen mogelijkheden van de patiënten. Men kwam tijdens het interbellum tot de conclusie dat het probleem van de patiënt werd veroorzaakt door een communicatiestoornis van de patiënt tot zijn omgeving. Het aangaan van sociale contacten zou om deze reden therapeutisch werken. Dit leidde tot de ontwikkeling van therapievormen tijdens de jaren '50, zoals we eerder zagen bij Carp, binnen de Leidse universitaire kliniek, waarbij de patiënt leerde inzicht te krijgen in zijn eigen problematiek doormiddel van onderling te communiceren in een groepszetting. Doormiddel van het aangaan van contacten met de andere patiënten werd er geprobeerd bij de patiënt het verantwoordelijkheidsgevoel te stimuleren. Het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid zagen we ook terug bij de heropvoedingstherapie van Van Der Drift op Wolfheze. De patiënten werden op Wolfheze

verantwoordelijk gehouden voor hun daden doormiddel van straffen. Tevens leerden de patiënten gezag uit te dragen en gezag te aanvaarden.

Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra stellen dat de fenomenologische en antropologische thema's als ontplooiing en gemeenschapszin die tijdens het interbellum werden ontwikkeld, aansluiting vonden bij de algemene ontwikkelingen tijdens de jaren '50 omdat zij gehoor vonden in een samenleving die zich voorspoedig wist te ontwikkelen en bezig was met de opbouw van een verzorgingsstaat.<sup>72</sup> In de jaren '50 kwam men binnen de politiek en psychiatrie tot het besef dat modernisering onvermijdelijk was. Binnen de geestelijke gezondheidszorg betekende dit dat men tot het besef kwam dat de voorheen opgedwongen moraal juist voor problemen konden zorgen zoals irrationele angst of schuldgevoelens.<sup>73</sup> In het tweede en derde hoofdstuk zal worden uitgelegd hoe de ideeën van vrije keuze en zelfontplooiing verder werden uitgewerkt gedurende de jaren '60 en vorm kregen binnen de Oosthoek.

---

<sup>72</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, Verward van geest 554-556.

<sup>73</sup> Ibidem 659-661.

## **Hoofdstuk 2. Van geleide naar spontane zelfontplooiing**

### **1. Inleiding**

In dit hoofdstuk zal worden gekeken naar de beginperiode van de Oosthoek. De plannen tot de oprichting van de Oosthoek eind van de jaren '50 en begin jaren '60 tot de uiteindelijke oprichting in 1966. Door het bespreken van de plannen die hebben geleid tot de oprichting van de therapeutische gemeenschap, zal inzicht worden verkregen in de motieven van de oprichters en het doel van de Oosthoek, waarna kort iets verteld zal worden over de therapieën die er oorspronkelijk werden gegeven.

Zoals besproken in het vorige hoofdstuk deed zich tijdens het interbellum een paradigmawisseling voor van een psychiatrie die tot dan toe meer natuurwetenschappelijk van aard was naar een psychiatrie die aandacht schonk aan de subjectieve belevingswereld van de patiënt en de sociale omgevingsfactoren. In het vorige hoofdstuk hebben we gekeken naar de inzichten die onder invloed van de fenomenologie en de antropologie hebben geleid tot het idee dat sociale interactie en de daarmee gepaarde behandeling van patiënten in een groepsetting, therapeutisch zou werken. Antropologische en sociaal psychiatrische inzichten toonden aan dat de mens niet los kon worden gezien van zijn sociale context. Zoals we in het vorige hoofdstuk gezien hebben ging het bij psychiaters als Van Der Drift en Carp om het herstellen van de gebroken relatie van het individu met de gemeenschap. Ook in de zin dat het individu rekening hield met de ander. Zoals in de inleiding vermeldt, waren psychiaters als Carp al in de jaren vijftig bezig met thema's die later zouden uitgroeien tot kernthema's van de antipsychiatrie, namelijk verantwoordelijkheid, medemenselijkheid, zelfontplooiing en vermindering van hiërarchische patronen, thema's die ook kenmerkend waren voor de therapeutische gemeenschap. Deze kenmerken zouden in de jaren '50 en jaren '60 verder worden uitgewerkt in de voorlopers van de therapeutische gemeenschap die in de inleiding kort de revue passeerden. Het is allereerst noodzakelijk te kijken naar de ontwikkelingen die hebben geleid tot de in 1966 opgerichte therapeutische gemeenschap de Oosthoek om te bepalen of er sprake was van continuïteit met deze ideeën uit de jaren '50.



## **2. Een psychosociale kijk op de functie van het psychiatrisch ziekenhuis: differentiatie en regionalisatie**

Volgens Bakker en De Goei kwam de oprichting van de Oosthoek door St. Willibrord voort uit het verlangen om een neurosekliniek op te richten. Zoals in het eerste hoofdstuk werd vermeld, werd de aangewezen afdeling in 1933 opgericht voor minder zware gevallen van geestesziekte. Er werd gebruik gemaakt van een wijziging in de krankzinnigenwet van 1904 die vrijwillige opname mogelijk maakte zonder dat er een rechterlijke machtiging voor nodig was. Het probleem was echter dat er een toename kwam van zwaardere patiënten die op de aangewezen afdeling werden behandeld en die eigenlijk in de gestichtsafdeling thuis hoorden. Hierdoor werd het stigmatiserende gestichtsregime ook ingevoerd op de aangewezen afdeling. Zo kwam van het ideaal van 'vrije verpleging' die veel broeders in Heiloo voorstonden voor de aangewezen afdeling, weinig terecht. De minder zware categorie geesteszieken vielen hierdoor tussen wal en schip, temeer nog omdat er nog aparte voorzieningen bestonden voor neurose patiënten.<sup>74</sup>

Volgens Bakker en De Goei kwam het plan tot de oprichting van de neurosekliniek ook tot stand vanuit het besef dat men tegemoet moest komen aan de eisen van de moderne ontwikkeling van de psychiatrie. Dit betekende differentiatie en regionalisatie. Differentiatie zou moeten zorgen voor doorstroming binnen het gesticht. De toename van het aantal oudere patiënten en verstandelijk gehandicapten zorgde voor verstopping binnen het gesticht. Er werd in 1961 een werkgroep in het leven geroepen die onderdeel uitmaakte van de Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor behandeling en verpleging van geestelijk gestoorden, of wel KVI, die met oplossingen moest komen voor de eisen die de moderne ontwikkeling van de psychiatrie stelden. Door de oprichting van specialistische opname- en observatieklinieken zou de differentiatie beter tot zijn recht komen, aangezien patiënten daar geobserveerd en gediagnosticeerd konden worden waarna ze vervolgens een op maat gesneden behandeling konden krijgen in speciale instellingen. Patiënten die behoefte hadden aan een langdurige behandeling, zoals zwakzinnigen of bejaarden, zouden vanuit de opnamekliniek overgeplaatst kunnen worden naar gedifferentieerde inrichtingen die zich niet in de nabijheid van de psychiatrische kliniek bevonden. De verblijfsduur in de kliniek kon op deze manier worden

---

<sup>74</sup> Bakker en de Goei, *Een bron van zorg en goede werken*. 46- 47 250.

verkort en doorstroming zou op deze manier kunnen worden bevorderd. Daarnaast moest de psychiatrische inrichting toegankelijker worden gemaakt.

De scheidsmuur tussen intramuraal en extramuraal zou doorbroken moeten worden. De gedachte was dat dit gerealiseerd zou moeten worden door nauw samen te werken met de sociaalpsychiatrische dienst.<sup>75</sup> Uiteindelijk hield dit in dat de bestaande psychiatrische inrichtingen eigen gedifferentieerde vervolginrichtingen zouden moeten oprichten buiten het eigen terrein van de instelling. Deze inzichten zorgden ervoor dat er zorg op maat moest komen. In 1959 werd in St. Willibrord een speciale commissie, de zogenaamde neurosecommissie, opgericht om plannen te ontwikkelen voor een kliniek voor neurose patiënten. Deze plannen waren in lijn met de gedachte van differentiatie. Er bestonden zoals eerder vermeldt nog geen voorzieningen voor neurose patiënten. Een gedifferentieerde behandeling hield rekening met de eigen mogelijkheden van de patiënt. De beoogde patiënten van de neurosekliniek moesten niet al te ernstige ziektebeelden vertonen en daarnaast zouden zij normaal begaafd moeten zijn. Licht psychiatrische patiënten vereisten een specifieke behandeling, waarbij het besef van de betekenis van sociale verhouding en omstandigheden voor het ontstaan van psychiatrische problemen alsook de therapeutische werking van deze omstandigheden een rol behoorden te spelen. Dit betekende dat deze patiënten behandeld zouden moeten worden in een toegankelijke kliniek die zich te midden in de maatschappij bevond, onttrokken aan de negatieve connotaties van de gewone psychiatrische inrichting. Daarnaast impliceerde het bewustzijn van psychosociale factoren dat de kliniek een afspiegeling van de maatschappij zou moeten worden. Dit uitte zich in de gedachte dat het noodzakelijk was dat de patiëntengroep een natuurlijke familie weerspiegelde. Om een natuurlijke familie te creëren was gemengde verpleging noodzakelijk.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Bakker en De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 243.

<sup>76</sup> Ibidem 249-252.

Tot deze conclusie was de neurosecommissie gekomen nadat zij andere inrichtingen had bezocht waar wel gemengd verpleegd werd en vrouwelijke verplegers werden ingezet. Dit vrouwelijke element was in de St. Willibrord ook noodzakelijk, aangezien deskundige bezoekers aan de St. Willibrord zich beklagden over het feit dat er geen vrouwen werkzaam waren en er geen vrouwelijke patiënten aanwezig waren en de kliniek een familie moest weerspiegelen. Er bestond daarnaast voor Rooms-Katholieke vrouwen nog geen opvangmogelijkheid in de kop van Noord – Holland. De commissie achtte het daarom noodzakelijk dat de psychiatrische inrichting als regionaal centrum de verantwoordelijkheid op zich zou nemen om daarvoor mogelijkheden te creëren, in overeenstemming met het idee van regionalisatie en geestelijke gezondheidszorg in eigen kring.<sup>77</sup>

Bij de oprichting van de neurosekliniek golden het militair hospitaal te Austerlitz, de in 1949 opgerichte neurosekliniek Veluweland van G.W. Arendsen Hein te Lunteren en de 1957 opgerichte neurosesanatorium Viersprong te Halteren als voorbeelden. Hoewel Bakker en de Goei de in 1953 opgerichte reclasseringsmaatschappij voor mannelijke neurotische delinquenten van Arendsen Hein ‘Groot Batelaar’ niet noemen als inspiratiebron voor de Oosthoek, zal ik proberen duidelijk te maken dat er op Groot Batelaar eerder werd begonnen met het geven van groepspsychotherapie dan op Veluweland. Hoewel Veluweland kenmerken vertoonde van de therapeutische gemeenschap, ontwikkelde Veluweland zich pas vanaf de jaren 60 tot een ‘echte’ therapeutische gemeenschap. Waar Groepspsychotherapie wel het uitgangspunt vormde voor Groot Batelaar, op Veluweland was groepstherapie nog niet mogelijk, gezien de aard van Veluweland als sanatorium voor gegoede burgers tot halverwege de jaren 60, zoals hieronder zal worden besproken.

Het is allereerst van belang om in te gaan op het in 1949 opgerichte Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz, aangezien hier voor het eerst werd gewerkt volgens de principes van Maxwell Jones. Daarna zullen vervolgens neurosekliniek Veluweland, de reclasseringsmaatschappij Groot Batelaar en als laatste de Viersprong aanbod komen.

---

<sup>77</sup> Ibidem 252.

### **3. De Jaren '50: geleide zelfontplooiing en gedragsconfrontatie: de voorlopers van de therapeutische gemeenschappen in de jaren '50**

Binnen Austerlitz werd vanaf 1949 gemeenschapstherapie op psychotherapeutische basis gegeven. Het Militair Neurose Hospitaal stond onder leiding van Wim Meyering. Er werden, net als binnen de therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones, soldaten behandeld die leden aan neurosen als gevolg van oorlogsgeweld. In het geval van Austerlitz ging het om soldaten die hadden gevochten tijdens de politonele acties in Indonesië.<sup>78</sup> Tevens bestonden de klachten uit het niet kunnen aarden binnen het op hiërarchie en discipline beruste milieu binnen het leger. Soldaten konden bijvoorbeeld niet omgaan met de verantwoordelijkheden dat het leger met zich mee bracht en konden zich om deze reden niet aanpassen aan het milieu waarin zij zich bevonden. Contactstoornissen speelden een wezenlijke rol in hun problemen.<sup>79</sup> Het Militaire Neurose Hospitaal kenmerkte zich door haar democratische inslag. De democratische sfeer valt te verklaren doordat veel van de problemen van de patiënten scholen in hun afkeer van het disciplinaire karakter van het leger. De democratische sfeer uitte zich binnen Austerlitz in het overleg dat plaats vond tussen de artsen en het verplegend personeel onderling en het feit dat er veel gecommuniceerd werd met de patiënten. Er werd kennis genomen van de aard van de problematiek van de patiënten.<sup>80</sup> Doormiddel van de principes van non-directiviteit en realiteitsconfrontatie, zoals we in hoofdstuk 3 tegen zullen komen, werd geprobeerd de soldaten te brengen tot maatschappelijke aanpassing. De patiënten werden zoveel mogelijk vrijgelaten in hun doen en laten. De patiënten werden in de ochtend door het personeel gewekt maar mochten zelf beslissen of zij door wilden slapen. Het gevolg van het niet opstaan was dat de patiënt zijn of haar ontbijt miste. De patiënten werden daarnaast ook verantwoordelijk gesteld voor het opmaken van het bed en het schoonmaken van de zaal. Er werd geappelleerd op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De patiënten zagen op deze manier de gevolgen van hun eigen gedrag in en werden

---

<sup>78</sup> Hans Binneveld, *Om de Geest van Jan Soldaat, Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie*, Erasmus Publishing, (Rotterdam 1995), 111.

<sup>79</sup> W.L. Meijering, *On Community Psychotherapy*, (Utrecht 1955)p 17, 24-25.

<sup>80</sup> Meijering, *Community Psychotherapy* 14.

geconfronteerd met de realiteit. Vrijheid en permissiviteit hadden dus beiden een therapeutisch doel, namelijk de patiënten een verantwoordelijkheidsgevoel en zich te leren aanpassen aan de groep.<sup>81</sup>

De Goei, die de geschiedenis de instelling van Lunteren heeft beschreven, stelt dat Veluweland in zijn oorspronkelijke vorm, paste in de traditie van het neurose sanatorium voor welgestelden. De sfeer van de psychiatrische inrichting werd bewust in alles vermeden. Deze instellingen waren bedoeld voor welgestelde betalende zenuwlijders, die leden aan neurasthenie, later wel neurose genoemd. Soms betrof het echter een camouflagediagnose. Het ging dan om ernstiger gestoorde patiënten die het zich konden veroorloven om opname in het slecht bekendstaande krankzinnigengesticht te vermijden. Psychiater Arendsen Hein, oprichter van de kliniek, kwam tijdens zijn rechtenstudie in contact met het gedachtegoed van Alfred Adler. Adler stelde dat neurosen, depressie, perversie, verslaving, criminaliteit en psychosen konden samenhangen met stoornissen in de relatie tussen het individu en de gemeenschap. Dit was ook een van de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap zoals in de inleiding vermeldt. Het idee achter de therapeutische gemeenschap was dat herstel kon worden bevorderd door vrije communicatie tussen de patiënten in groepsverband. Arendsen Hein had bij Van der Hoop een analytische opleiding gevolgd en dit zette hem ertoe aan iets te doen voor neurotische patiënten. De behandeling zou zich moeten richten op medemenselijkheid en het leven in groepsverband waarin de patiënt zich vrij zou kunnen ontplooien.<sup>82</sup>

Volgens de Goei werd er vanaf 1951, toen er langzamerhand meer patiënten kwamen in Veluweland, voorzichtig een begin gemaakt met groepstherapie en psychodrama. Arendsen Hein's aanpak op Veluweland was volgens de Goei te vergelijken met de sociotherapie van Carp, maar Arendsen Hein had in Veluweland, in tegenstelling tot Carp, minder patiënten, waardoor er geen patiëntenraden en bijeenkomsten van patiënten en staf konden worden georganiseerd. Pas vanaf 1959 gold psychotherapeutische groepstherapie als belangrijkste vorm van behandeling in Veluweland. Veluweland bleef echter tot 1965 vooral een retraiteoord voor gegoede burgers.

---

<sup>81</sup> Ibidem 14.

<sup>82</sup> Vijselaar, *Van streek*. 231-232.

De groep patiënten die werden behandeld bleef om deze reden klein, aangezien daar maar een selecte groep mensen het zich kon veroorloven om behandeld te worden op Veluweland. Dit veranderde vanaf 1965. De bijstandswet van 1 januari 1965 zorgde ervoor dat meer patiënten konden worden opgenomen, aangezien de kosten nu door de staat werden betaald, waardoor een breder publiek het zich nu kon veroorloven behandeld te worden in Veluweland. Er kwam hierdoor een grotere en homogener patiëntenpopulatie, waardoor Veluweland zich kon ontwikkelen tot therapeutische gemeenschap. Dit betekende overigens niet dat Veluweland tijdens de jaren 50 geen kenmerken vertoonde van de therapeutische gemeenschap. De Goei beschrijft de permissieve sfeer op Veluweland. Er kwamen weinig verboden voor, er werd eerder een appel gedaan op de wellevendheid en de medewerkzaamheid van de gasten en het personeel. Dit zal voor een deel ook te maken hebben gehad met het klasse karakter van het sanatorium, waarbij je kunt veronderstellen dat er verwacht werd dat iedereen zich als vanzelf 'beschaafd' gedroeg.<sup>83</sup>

Hoewel er volgens Bakker en De Goei in Veluweland in de jaren '50 op bescheiden schaal al werd begonnen met het geven van groepstherapie blijft het onduidelijk op welke schaal dit gebeurde. Bakker en de Goei laten zich hier niet over uit. Het is in dit verband noodzakelijk om in te gaan op het in de jaren 50, mede door Arendsen Hein opgerichte Groot Batelaar, een reclasseringsmaatschappij voor mannelijke neurotische delinquenten, aangezien groepstherapie nadrukkelijk als uitgangspunt diende voor de oprichting van de reclasseringsmaatschappij. Wat dat betreft was Groot Batelaar een duidelijker voorbeeld van een psychotherapeutische therapeutische gemeenschap dan Veluweland zoals hieronder duidelijk zal worden.

---

<sup>83</sup> Ibidem. 233-237, 242.

*Groepstherapie op Groot Batelaar: Gemeenschapszin, medemenselijkheid en solidariteit.*

Arendsen Hein liet zich bij de oprichting van Groot Batelaar sterk inspireren door de therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones zoals die in de inleiding is besproken, maar ook door de psychiater Foulkes die tijdens de Tweede Wereldoorlog werkzaam was in het Northfield Hospital, waar vanaf 1943 met kleine groepen patiënten met oorlogsneurosen werd geëxperimenteerd. Relaties tot de medemens werden door soldaten vermeden als gevolg van de nare ervaringen tijdens de oorlog. Die gebroken relaties moesten worden hersteld. Het ging er in Groot Batelaar, net als in Northfield Hospital of in de therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones om, dat de patiënt een beter sociaal inzicht kreeg in zijn problemen doordat er door middel van de groep een situatie werd gecreëerd die leek op de situatie buiten de inrichting. De patiënt leerde op deze manier zijn emoties te uiten en zich aan te passen aan de eisen van de maatschappij.<sup>84</sup>

Hoewel er binnen Groot Batelaar sprake was van een tolerante atmosfeer, betekende dit niet dat er sprake was van ongebreidelde vrijheid. Er werd de nadruk gelegd op het bestraffen van wangedrag door middel van sancties. Het ging hier om een sociotherapeutische behandeling in een zogenoemde geconditioneerde therapeutische gemeenschap. Het individu diende zich aan te passen aan de eisen van het 'echte' leven net zoals dat in Northfield Hospital gebeurde. Neurotische delinquenten leerden in Groot Batelaar om te gaan met anderen in een sociale setting. Onder druk van de groep leerde de individuele patiënt in Groot Batelaar zich te houden aan de code van de gemeenschap. De aspecten waarmee de individuele bewoners rekening moesten houden waren de tolerante atmosfeer, het therapeutische klimaat, en de motivering van besluiten. Groot Batelaar was volgens Arendsen Hein een gemeenschap die de patiënt enerzijds de eisen van de realiteit voortdurend onder ogen bracht, maar die hem anderzijds de gelegenheid bood om die realiteit te beproeven en met verschillende houdingen daar tegenover te experimenteren, terwijl hij beschermd werd tegen een te grote hardheid en represailles zoals hij die in de normale maatschappij zou aantreffen.<sup>85</sup>

De mogelijkheid om te experimenteren met verschillende houdingen uitte zich in het feit dat er ook met een therapeutische groep werd gewerkt waar wel ruimte was om negatieve en vijandige gevoelens te uiten zodat de patiënt op deze manier inzicht kreeg in de oorsprong van zijn problemen. Het doel van de therapeutische gemeenschap was immers om doormiddel

---

<sup>84</sup>Ibidem 234, 235

<sup>85</sup> Ibidem 236, 237

van de gemeenschap tot een verandering in de persoon te raken. Ook kende men een vorm van inspraak. Dit werd gedaan in de zogenaamde community meetings. In de community meetings besliste de patiënten mee ten aanzien van de sancties die opgelegd dienden te worden bij wangedrag. De community meetings diende namelijk als forum waar de problemen en het gedrag en wangedrag van de patiënten werden besproken<sup>86</sup>

Uit deze beschouwing blijkt duidelijk dat Arendsen Hein bezig was met thema's die centraal stonden in de therapeutische gemeenschap, zoals het vrijelijk kunnen uitten van emoties en een tolerante atmosfeer. Daarnaast waren er sancties en regels waaraan de patiënt zich moest houden. De groep speelde hierin een grote rol. Die moest de patiënt tot de orde roepen. De groep zorgde ervoor dat het individu de geboden en verboden van de groep leerde

Internaliseren.<sup>87</sup> Vrijheid was dus niet het belangrijkste kenmerk en niet onbegrensd. Medemenselijkheid en solidariteit waren ook belangrijke pijlers, evenals het samen overleggen en samen beslissen.

### *De Viersprong*

Behalve Veluweland en Groot Batelaar was er nog een inspiratiebron voor de oprichting van de Oosthoek, zoals blijkt uit het feit dat er werkbezoeken werden afgelegd aan therapeutische gemeenschap De Viersprong in Halteren. Het is in dit verband noodzakelijk kort iets te vermelden over De Viersprong. In 1959 is een verslag uitgebracht van de neurose – commissie over een bezoek van de geneesheer directeur, de broeder Overste en de psychiater Wijffels aan de Viersprong.

Het uitgangspunt van de Viersprong was dat de patiënten verantwoordelijkheid droegen voor hun medepatiënten en voor hun eigen behandeling. Er werden patiënt staff meetings gehouden, waarbij het groepsproces ter sprake kwam. Er werd commentaar geleverd op elkaars gedragingen en er werden op democratische wijze besluiten genomen over de dagelijkse gang van zaken op de afdeling en over de behandeling. Het idee achter deze behandeling, was dat de patiënten zich op deze manier zich leerde uitten, en rekening leerden houden met anderen, zoals dat ook in Groot Batelaar het geval was. Daarnaast leerden de patiënten op deze manier de grenzen van de eigen vrijheid kennen.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Ibidem 235, 236

<sup>87</sup> Ibidem 236

<sup>88</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief, Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005) I*, (Amsterdam, 2008) 570.



Uit het verslag blijkt dat groepstherapie het uitgangspunt vormde van de Viersprong. De neurosekliniek had plaats voor 55 patiënten, waarvan 30 mannen en 25 vrouwen. De patiënten waren onderverdeeld in 8 gemengde groepen. Als groep volgden de patiënten de verschillende groepsactiviteiten die onder meer bestonden uit creatieve activiteiten, waarbij de patiënten met verschillende materialen werkten. De patiënt werkte met houtskool, verf, hout, klei, draadconstructie en papier. De manier waarop de patiënt zich tot het materiaal richtte gaf inzicht in de manier waarop de patiënt zich tot zichzelf verhield en tot de omgeving, zo was het idee. Daarnaast kon therapeutisch worden ingegrepen door de patiënte te leren zich aan te passen aan het materiaal. Er waren ook andere groepsactiviteiten. Zo had elke groep een dag in de week corveedienst. Corvee dienst hield in dat de patiënten verantwoordelijk waren voor de huishoudelijke zorg.<sup>89</sup>

#### **4. De Oosthoek in de periode 1966-1968**

Na een aanloop van acht jaar werd op basis van de plannen van de neurose-commissie en in het bijzonder van Vaessen in 1966 de beoogde kliniek geopend in Lijmen, de Oosthoek geheten. Wat waren precies de beginselen van de Oosthoek en welke vormen van therapie wilde men er gaan geven volgens de oorspronkelijke plannen? De Oosthoek werd in 1966 georganiseerd volgens de plannen die de neurosecommissie uiteen had gezet. Uit de rapporten die de neurosecommissie schreef, werd volgens Bakker en De Goei duidelijk welke structuur de kliniek moest aannemen. De Oosthoek moest in de visie van de leden van de neurosecommissie een katholieke tegenhanger worden van de Protestants Christelijke Viersprong. De kliniek zou los moeten staan van de St. Willibrord maar wel intensieve betrekkingen onderhouden met het moederinstituut. Daarnaast zou de kliniek opgebouwd moeten zijn rond een multidisciplinaire aanpak waarbij de therapeutische gemeenschap het uitgangspunt vormde.<sup>90</sup> De multidisciplinaire aanpak kwam in de jaren 50 al tot stand rondom de gedachte dat de hele mens centraal diende te staan in de psychiatrische behandeling.

De staf werd gevormd door chef de clinique Vaessen, drie zenuwarts-psychotherapeuten, een maatschappelijk werkster, een hoofd creatieve therapie, een hoofd sociotherapie, een klinisch psycholoog, een bewegingstherapeut, een parttime socioloog, een parttime internist, twee parttime pastores en een onderzoeksadviseur. Het behandelteam bestond verder uit negen sociotherapeuten en vier creatief-therapeuten. De Oosthoek bestond uit een klinisch – en

---

<sup>89</sup> Verslag van het bezoek dat de neurose-commissie met de geneesheer directeur, Br. Overste en collega Wijffels gebracht heeft aan het neurose sanatorium “De Viersprong” in Halteren 1-4.

<sup>90</sup> Bakker en De Goei, *Een bron van zorg en goede werken* 253-256.

poliklinisch gedeelte. In het poliklinische gedeelte werden de patiënten gescreend, zodat er voor hen een op maat gegeven psychotherapeutische behandeling kon worden gegeven. In de polikliniek konden patiënten en ex-klinische patiënten worden behandeld. In 1966 waren er volgens Bakker en de Goei 202 aanmeldingen in de Oosthoek, waarvan er 26 in de kliniek werden opgenomen. De Oosthoek bestond uit een woonhuis dat het leefgedeelte omvatte, waarbinnen de patiënten het grootste gedeelte van de dag verbleven. Vanuit het woonhuis gingen de patiënten naar de therapieën toe. Het doel van de therapeutische gemeenschap was volgens Vaessen dat de patiënt leerde relaties aan te gaan met de groep en met de groepsleden binnen een intramurale setting.<sup>91</sup>

In deze paragraaf zal ik weergeven welke therapieën er werden gegeven in de Oosthoek. Door een beschrijving te geven van de verschillende therapieën die werden gegeven zal duidelijk moeten worden of de belangrijke thema's van de therapeutische gemeenschap zoals verantwoordelijkheid, medemenselijkheid, zelfontplooiing en vermindering van hiërarchische patronen, inderdaad in de Oosthoek aan de orde waren. Om te beginnen zal de sociotherapie beschreven worden, die gericht was op de resocialisatie van de patiënt. Hierin leerde de patiënt zich aan te passen binnen een groepssituatie. Vervolgens zal de psychotherapie de revue passeren. De psychotherapie was voornamelijk gericht op de emotionele interactie binnen de patiëntengroep, waarbij het hoofddoel was het krijgen het inzicht in de eigen problematiek doormiddel van de groep. Als laatste zal de creatieve en expressieve therapie aanbod komen. Doormiddel van deze therapieën konden patiënten die zich moeilijk verbaal konden uiten, door creatief bezig te zijn met materiaal, uiting geven aan hun problematiek.

Na een beschrijving te hebben gegeven van de verschillende therapieën zal ik proberen te analyseren in hoeverre er sprake was van continuïteit of discontinuïteit. Werd er voortgeborduurd op een langer bestaande psychotherapeutische trend waarin het geven van verantwoordelijkheid aan patiënten centraal stond in de therapeutische aanpak?

---

<sup>91</sup> Catharina TH. Bakker & Leonie De Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord – Holland Noord* (Amsterdam, 2002)161, 255, 256.

## *Sociotherapie*

Uit her jaarverslag van 1966 blijkt dat onder de sociotherapie de gang van zaken in het woongebouw werd verstaan. Binnen de sociotherapie leerden de patiënten te midden van de gemeenschap en met behulp van de sociotherapeut relaties te hanteren met hun mede patiënten. Aangezien de sociotherapie gericht was op het hanteren van relaties met een groep patiënten en tussen patiënten onderling, was het noodzakelijk dat het leven van de patiënt zich afspeelde te midden van een leefgemeenschap van patiënten en sociotherapeuten gedurende het gehele verblijf van de patiënten in het woongebouw van de Oosthoek, met uitzondering van de uren die de patiënten in de andere therapieën doorbracht.<sup>92</sup>

Uit het jaarverslag van 1967-1968 duidelijk dat de sociotherapeut de patiënten ondersteunden bij de overdracht van verantwoordelijkheden. De sociotherapeut hield zich bezig met het ondersteunen van de patiënten in hun maatschappelijke aanpassing en het oplossen van problemen in de actuele leefsituatie. De sociotherapeuten zagen er op toe dat het leven in het woonhuis ordelijk verliep. Dit ondersteunen gebeurde meer en meer op een non-directieve wijze. Dit hield in dat er werd uitgegaan van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep om zelf regels op te stellen. Daarnaast werkten de sociotherapeuten nauw samen met de chef de Clinique en de beleidspsychiater, in het bijzonder waar het ging om het zo ordelijk mogelijk laten lopen van de leefsituatie binnen de Oosthoek. De nadruk lag in de jaren '60 nog steeds op fatsoenlijk gedrag. Er werd een alcohol verbod ingesteld en er vergaderden wekelijks vier slaapzaalgroepen die onder leiding stonden van twee sociotherapeuten met als doel het oplossen van problemen in de actuele leefsituatie. Het oplossen van ongeregeldheden in de leefsituatie werd ook geprobeerd op te lossen in de groepsraad<sup>93</sup> Centraal in de sociotherapie stonden de zaalvergaderingen en een groepsraad die als taak had een deel van de verantwoordelijkheden voor de dagelijkse gang van zaken uit te voeren. In een beschrijvingsbrief die is uitgegeven over de periode 1966-1968, werd een overzicht gegeven van de ontwikkelingen binnen de Oosthoek in deze periode alsook een uitleg gegeven van de verschillende behandelvormen die in deze periode werden gegeven. In deze beschrijvingsbrief over de periode 1966-1968 kunnen we lezen dat de zaalvergaderingen allereerst betrekking hadden op de gemeenschapszin. De patiënt werd betrokken bij de planning in het woonhuis en het therapie programma. Daarnaast hadden de zaalvergaderingen betrekking op de persoonlijke emotionele communicatie over het doen en laten in de kliniek.

---

<sup>92</sup> *Jaarverslag De Oosthoek 1966*, (Heiloo 1966) 6.

<sup>93</sup> *Jaarverslag De Oosthoek 1967-1968* (Heiloo 1968) 15.

Twee keer per week kwamen de patiënten met alle staf – en teamleden samen. Daarop aansluitend vond er een nabespreking plaats van staf en team over hun eigen rol in deze zaalvergadering. Daarnaast kozen de patiënten een eigen groepsraad. De groepsraad was voor een deel verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken in het woonhuis. In de sociotherapie werd de patiënt actief betrokken. De beleidspsychiater leidde de groepsbijeenkomsten en de zaalvergaderingen. De beleidspsychiater fungeerde aanvankelijk net als het hoofd van de sociotherapeut als autoriteitspersoon, hij hield er namelijk op toe dat de patiënt goed functioneerden in het dagelijkse leefmilieu van de kliniek-gemeenschap.<sup>94</sup>

Er wordt in de beschrijvingsbrief ook vermeld dat de patiënten werden ingedeeld in groepen die elk een eigen taak hadden zoals een slaapzaalgroep, een corveeploeg en een groepsraad of patientencomite, bestaande uit acht patiënten samen met het hoofd van de sociotherapie en beleidspsychiater. Er wordt echter in de beschrijvingsbrief van 1968 niet vermeld wat de precieze verantwoordelijkheid was van deze groepen.<sup>95</sup> Uit het jaarverslag wordt niet helemaal duidelijk wat de functie van de groepsraad of patientencomite was. We zijn hier helaas aangewezen op het latere jaarverslag van de jaren 1973-1974, waarin de rol van patiëntenraad omschreven wordt. In deze periode hadden de patiënten veel meer verantwoordelijkheden en vrijheden dan eind jaren 60, zoals in het volgende hoofdstuk zal blijken. De patiëntenraad uit de jaren 70 zal om deze reden niet representatief zijn voor de jaren 60. De groepsraad bestond uit de afgevaardigden van diverse-therapiegroepen die onder leiding stond van een uit de gemeenschap gekozen patiënt. De groepsraad moest zorgen dat het tot een goed beheer kwam van zaken waarover zij het beheer en de toezicht hadden. De patiënten hadden namelijk de verantwoordelijkheid over een aantal zaken, bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid voor de maaltijden, het corvee en het beheer van apparatuur zoals de wasmachine en de ijskast, om een paar zaken te noemen.<sup>96</sup> Er wordt in het jaarverslag van 1968 benadrukt dat de Oosthoek geen rusthuis was maar een werkkliniek, waarin de patiënt werd voorbereid op zijn terugkeer naar de maatschappij. Het ging in de sociotherapie dus om resocialisatie. Dit begon met resocialisatie in het woonhuis als voorbereiding op resocialisatie in de maatschappij.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> *Jaarverslag De Oosthoek 1968* (Heiloo 1968), 3.

<sup>95</sup> *Jaarverslag 1968.3*.

<sup>96</sup> *Jaarverslag De Oosthoek, 1973-1974* (Heiloo 1975) 24.

<sup>97</sup> *Beschrijvingsbrief 1968*, idem.

## *Psychotherapie*

Een van de therapieën was de psychotherapie. De psychotherapie stond onder leiding van Dr. L. A. J. M. van Eck en P.N. Jonker. Volgens het jaarverslag van 1966 had de groepspsychotherapie de voorkeur, aangezien deze behandelingsmethode specifiek gericht was op de problemen waar neurose patiënten mee kampten, namelijk contactstoornissen. . De therapie bestond uit gemengde groepen die uit 6 a 8 patiënten bestonden, die afhankelijk van leeftijd en psychische draagkracht volgens analytische of meer psychagogische lijnen geleid werden. Sommige patiënten hadden na de eerste week van hun opname, of soms tussentijds, enkele individuele gesprekken met de psychotherapeut van de groep. Volgens het jaarverslag werden er vanaf 5 september 1966 werden er drie groepen gevormd. Elke groep bestond uit 5 a 6 patiënten waarmee groepszittingen werden gehouden. Dit waren open groepen waarin te zijner tijd ook enkele nieuwe patiënten zouden bijkomen. Het lijkt er op dat bij de eerder genoemde gemengde groepen, de behandeling binnen elke groep specifiek gericht was op de aard van de aandoeningen van de patiënten, terwijl de laatst genoemde groepen bestonden uit patiënten met uiteenlopende aandoeningen. De groepszittingen werden tweemaal per week gehouden en duurden anderhalf uur. De psychotherapeuten die belast waren met de psychotherapie, kregen tevens van de directie de mogelijkheid om zich verder te scholen in deze therapeutische richting door middel van seminars waaraan ook de chef de clinique en de klinische psycholoog deelnamen. De stafleden kregen hierdoor niet alleen een training in groepstherapeutische techniek, maar daarnaast zouden deze bijeenkomsten het onderling begrip en de emotionele interacties binnen de staf bevorderen. Iedereen was bij deze therapie betrokken. Het idee dat de groep een positieve werking had gold dus ook voor de behandelaars. Zo konden misvattingen worden verhinderd en bevorderde men de emotionele interacties van deze groep stafleden.<sup>98</sup> In de eerder genoemde beschrijvingsbrief van 1968 wordt vermeld dat het doel van de psychotherapie tweeledig was en dat de methode van de zogenaamde ‘double treatment’ werd toegepast: die hield in dat individuele psychotherapie en groepsbehandeling naast elkaar bestonden. De psychotherapeut hield zich bezig met de gedragsmotivatie en de emotionele verwerking van de individuele problemen van de patiënten, zonder rechtstreeks bezig te zijn met het reguleren van gedragingen van de patiënt buiten het psychotherapie – uur, terwijl de beleidspsychiater er voor zorgde dat de patiënt adequaat functioneerde binnen het leefmilieu.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> *Jaarverslag 1966*, 5.

<sup>99</sup> *Beschrijvingsbrief 1968*, 3.

Samenvattend kan gesteld worden uit de betogen over de sociotherapie en de psychotherapie kan worden geconcludeerd dat de sociotherapie gericht was op de ondersteuning van gebrekkige maatschappelijke aanpassing, terwijl de psychotherapie meer gericht was op het vrijelijk kunnen uitten van verschillende gedragingen. Binnen de sociotherapie was het juist veel meer een gezamenlijke onderneming waarbinnen de patiënt leerde omgaan met anderen en leerde zelfstandig te functioneren binnen een leefgemeenschap. Dit werd gestimuleerd door de patiënten verantwoordelijk te stellen voor een ordelijke gang van zaken binnen de leefgemeenschap. Binnen de psychotherapie stond juist niet sociale aanpassing op de voorgrond maar het vrijelijk kunnen uitten van de emoties. Het idee was dat de patiënt doormiddel van het vrijelijk kunnen uiten van de emoties, inzicht kreeg in zijn eigen problematiek. Dit vrijelijk kunnen experimenteren zou, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, een van de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap gaan vormen.

#### *Creatieve en expressieve therapie.*

In de Oosthoek werden ook expressieve en creatieve therapie gegeven. Uit het jaarverslag van 1966 blijkt dat patiënten werden ingedeeld in drie groepen die elk een week lang werkten in een therapielokaal met de materialen specifiek voor die ruimte, zoals teken – of schildermaterialen, klei, steen, hout en ijzerdraad. Elke week rouleerden zij. De patiënten werden daarbij geobserveerd. De observatieperiode voor de eerste 17 patiënten werd afgesloten met een nieuwe groepsindeling in overeenstemming met het niveau waarop de patiënt zich op dat moment bevond. Er ontstonden vervolgens vier groepen; te weten expressie; platte vlaks technieken - te denken valt aan teken – en schilder materialen- ; ruimtelijke technieken, waarbij het ging hierom driedimensionaal materiaal zoals klein, steen, hout en metaal; en een vierde groep bestond uit een observatiegroep bedoeld voor de nieuw opgenomen patiënten. Alle patiënten bezochten de creatieve en expressieve therapie in groepen. De gedachte achter de creatieve en expressieve therapie was dat de patiënt zich kon verwerkelijken doormiddel van creatief bezig te zijn met materiaal.<sup>100</sup> Hier greep men nadrukkelijk terug op het werk van Vaessen in de jaren '50. Vaessen had, zoals in het vorige hoofdstuk besproken, door middel van andere wegen dan verbale communicatie, zoals doormiddel van materiaal, een manier gevonden om contact te leggen met patiënten die zich moeilijk verbaal konden uitten. Er werd geprobeerd een vertrouwelijk contact aan te gaan met de patiënt, om de patiënten langs deze wegen actief te laten betrekken bij het groepsproces.

---

<sup>100</sup> Jaarverslag 1966 6-7.

Een belangrijk aspect van de creatieve en expressieve therapie was dat men doormiddel van de eigen originele visie op het materiaal bewust nieuwe vormen en structuren werden gecreëerd.

## **5. Conclusie: Toenemende vrijheid en permissiviteit; breuk of continuïteit?**

In hoeverre verschilden de therapieën die werden gegeven in de Oosthoek van de therapieën die werden gegeven in de jaren '50? Kan er worden gesproken van continuïteit? In de inleiding tot dit hoofdstuk noemde ik de belangrijke thema's van de jaren '50 zoals verantwoordelijkheid, zelfontplooiing en vermindering van hiërarchische patronen. Thema's die in dit hoofdstuk zijn beschreven, zijn de overdracht van verantwoordelijkheid voor de eigen gemeenschap en democratische besluitvorming, vrije expressie en het uiten van emoties in de groepspsychotherapie. Daarnaast kwam vanaf halverwege de jaren '60 de nadruk te liggen op permissiviteit.

### *Democratie en eigen verantwoordelijkheid*

Het mag duidelijk zijn dat er ten aanzien van de thema's democratie en eigen verantwoordelijkheid, er sprake was continuïteit en een voortschrijdende ontwikkeling. Dit begon vanaf het interbellum onder invloed van psychoanalytische en fenomenologische inzichten, waarbij de aandacht verschoof van conditionering naar eigen verantwoordelijkheid. De veranderende bejegening van de patiënt kwam onder meer tot stand onder invloed van psychoanalytische en fenomenologische inzichten tijdens het interbellum. Er kwam aandacht kwam voor het verhaal en de beleving van de patiënt. Daarnaast kwamen psychiaters tot het inzicht dat geestesziekten mede tot stand kwamen onder invloed van de omgeving. De geesteswetenschappelijke inzichten resulteerden in de jaren 50 in therapievormen waarbij communicatie een belangrijke rol ging spelen als middel om de gebroken relatie tot de maatschappij te herstellen. Doormiddel van communicatie en het contact met de ander werden waarden ontwikkeld als verantwoordelijkheidsgevoel. We hebben in dit hoofdstuk gezien dat dergelijke psychotherapeutische en psychosociale inzichten leidden tot de geleidelijke overdracht van verantwoordelijkheden aan de groep. Hiermee was Carp al bijvoorbeeld in de jaren 50 bezig met zijn gebruik van zaalraden.<sup>101</sup> Dit was ook te zien binnen St. Willibrord

---

<sup>101</sup> Joost Vijselaar e.a, *Van streek, 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid\_west Gelderland* (Utrecht, 2007) 207

met betrekking tot de zaalvergaderingen die daar werden gehouden waarbinnen de patiënten hun ongenoegen konden uiten ten aanzien van het therapieprogramma. De zaalvergaderingen in de St. Willibrord in de jaren 50 hadden primair tot doel de patiënt inzicht te laten krijgen in zijn eigen problematiek, doordat er werd gecommuniceerd met de andere patiënten, waardoor de patiënt inzicht in zijn of haar problemen kreeg. Dit zou vervolgens leiden tot zelfontplooiing. Hoewel hieruit blijkt dat de patiënt een actieve rol in zijn eigen genezingsproces speelde, werden er nog geen of weinig verantwoordelijkheden overgeheveld. Dit gebeurde echter wel binnen de Oosthoek tijdens de jaren '60 in de zin dat er werd meebeslist ten aanzien van het therapieprogramma in het woonhuis.

In de reclasseringsmaatschappij van Arendsen Hein zagen we dat er werd geappelleerd aan het vermogen van de patiënten tot zelfregulatie en verantwoordelijkheid. De groep zou corrigerend werken en de patiënt die te ver was gegaan werd tot de orde geroepen. Een van de uitgangspunten van de Oosthoek was het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing doormiddel van de groep, waarbij de patiënt leerde zelfstandig te functioneren binnen een groepssetting. Het therapeutische nut van democratisering, zoals we dat binnen de Oosthoek zagen, zagen we eerder terug binnen de reclasseringsmaatschappij van Arendsen Hein. De patiënten leerden binnen Groot Batelaar doormiddel van een non-directieve houding van de verplegers, zich aan te passen aan het echte leven, waarbinnen ook van een ieder werd verwacht dat hij zijn eigen boontjes zou doppen. Dit was ook te zien binnen de Viersprong, waarbinnen de grote mate van verantwoordelijkheid die aan de patiënt werd gegeven, tot doel had de patiënt rekening te laten houden met de andere patiënten, zoals het individu buiten het gestichtsleven ook rekening moet houden met de ander. De patiënten beïnvloedden op democratische wijze de dagelijkse gang van zaken.

### *Vrije expressie*

Met betrekking tot het uiten van emoties en vrije expressie hebben we in het eerste hoofdstuk gezien dat onder invloed van psychoanalytische inzichten, psychiaters tijdens het interbellum al het belang onderstreepten van het uiten van de emoties. De patiënt kon op deze manier uiting geven aan zijn problemen. Doormiddel van het ziek-zijn drukt de patiënt uit dat hij in moeilijkheden verkeerd. Zoals in het vorige hoofdstuk besproken is, was Carp in de jaren 50, al bezig met groepstherapeutische activiteiten waarin patiënt de kans kreeg zijn emoties de vrije loop te laten. Door het aanreiken van bepaalde thema's als schaamte, kreeg de patiënt inzichten in zijn problematiek. Het uiten van emoties en vrije expressie was ook een



belangrijk thema binnen de St. Willibrord in de jaren 50 zoals we in het vorige hoofdstuk zagen bij de creatieve therapie en de psychotherapie. De creatieve therapie was er namelijk binnen de St. Willibrord op gericht dat patiënten die moeite hadden zich te uiten, zoals schizofrenen, nu ook hun gevoelens kwijt konden. De creatieve therapie zagen we ook terug in de Oosthoek. Daarnaast zagen we dat in de jaren 50 in de St. Willibrord de patiënten in de groepsbijeenkomsten hun emoties konden uiten en over hun problemen konden spreken.

Binnen Groot Batelaar zagen we dat patiënten ook de mogelijkheid kregen om zich op verschillende mogelijke manieren te uiten. Binnen Groot Batelaar werd er namelijk, zoals we al hebben gezien, ook met een therapeutische groep gewerkt waar ruimte was om negatieve en vijandige gevoelens te uiten, naast de algemene psychotherapeutische behandeling op Groot Batelaar die juist gericht was op maatschappelijke aanpassing. Toch lag de nadruk nog sterk op fatsoenlijk gedrag. Dit blijkt uit het feit dat binnen Groot Batelaar bijvoorbeeld werd gewerkt met strafregels en orderegels die de patiënt dwong tot maatschappelijke aanpassing. Deze regels waren volgens de behandelaars in het belang van de gemeenschap. Degenen die zich niet aan deze regels hielden werden als ‘ziek’ bestempeld.<sup>102</sup> Binnen de Oosthoek zagen we juist dat de behandelaars langzamerhand de teugels lieten vieren. Door de tolerante houding appelleerden de behandelaars aan de het vermogen tot zelfregulatie en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten. Patiënten bepaalden bijvoorbeeld zelf wanneer zij naar bed gingen of dat er alcohol werd genuttigd. De patiënten werden gestimuleerd zelf leefregels en sancties op te stellen. Op Groot Batelaar zagen we dat de behandelaars regels hanteerden die in het belang van de gemeenschap waren. Vanaf eind jaren ‘60 zien we dat er in de Oosthoek minder werd gedacht in termen van afwijkend gedrag dat bestraft moest worden doormiddel van strafregels die zouden moeten dienen om de individuele patiënten binnen de gemeenschap te beschermen. De patiënten zouden zelf met hun neus op de feiten moeten worden gedrukt door de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gedrag.

Samenvattend kan gesteld worden dat het besef dat omgevingsfactoren als het sociale milieu, een grote rol speelde bij de totstandkoming van geestesziekten, tot het inzicht leidde dat zoveel mogelijk verantwoordelijkheden moesten worden overgeheveld naar de patiëntengroep. De gedachte hierachter was dat de patiëntengroep zelfregulerend zou werken en de patiënt inzicht kreeg in zijn eigen problematiek. De patiënt zou door de groep tot de orde worden geroepen als hij zijn boekje te buiten ging. Toch lag de nadruk nog op fatsoenlijk

---

<sup>102</sup> Joost Vijselaar e.a, *Van streek*, 236

gedrag en de patiënten werden door de behandelaars aangespoord doormiddel van sancties en regels zorg te dragen voor hun leefomgeving en om te kijken naar anderen.

### **Hoofdstuk 3. Therapeutische laissez-faire: maatschappelijke aanpassing doormiddel van de zelfregulerende werking van de groep.**

#### **1. Inleiding**

Dit hoofdstuk is gewijd aan de toenemende democratisering en permissiviteit die de jaren '70 kenmerkten en de gevolgen die deze ontwikkelingen hadden op de therapeutische ideologie en de therapieën die werden gegeven binnen de Oosthoek. Het sociaal psychiatrische inzicht dat het sociale milieu de aanleiding vormde voor psychiatrische problemen, maakte onder invloed van de democratiseringstendens en normverandering van de jaren '60 een radicalisering door. In feite zijn er binnen de Oosthoek twee fases aan te wijzen. Een fase tot aan 1970, waarbinnen de behandelwijzen strookten met de oorspronkelijke intenties waarmee de Oosthoek was opgericht. De patiënten werden ondersteund bij hun maatschappelijke aanpassing, en een fase vanaf 1970 die zich kenmerkten door de radicale overdracht van verantwoordelijkheden aan patiënten en ongebreidelde vrijheid, thema's die geassocieerd worden met de cultuurkritiek van de late jaren '60 en jaren '70

Om de radicalisering binnen de Oosthoek te begrijpen, is het allereerst noodzakelijk om kort een karakterisering te geven van de oorspronkelijke intenties waarmee de Oosthoek was opgericht, ofwel de eerste fase waarbij, zoals gezegd, de patiënten werden ondersteund bij hun maatschappelijke aanpassing. Tijdens deze eerste fase hadden de behandelaars nog veel informele macht. Daarna zal een karakterisering worden gegeven van het vernieuwingsgezinde karakter van de eind jaren '60 en jaren 70. Allereerst op maatschappelijk niveau en vervolgens binnen de psychiatrie zelf. Hieruit zou het verband tussen de radicalisering van het sociotherapeutische gedachtegoed en de cultuurkritiek van de jaren '70 moeten blijken. Daarna zal worden ingezoomd op de vernieuwde ideologie binnen de Oosthoek

Na de vernieuwde ideologie te hebben besproken zal worden besproken hoe de ideologie in de praktijk vorm kreeg binnen de Oosthoek. Hoewel de therapeutische gemeenschap van meet af aan een sterke democratische inslag kende, zal in dit hoofdstuk duidelijk worden dat de staf van de Oosthoek er op een gegeven moment radicaal voor koos de beslissingen door de patiënten zelf te laten nemen. Het sociotherapeutische gedachtegoed maakte onder invloed

van de drang naar inspraak en vrijheid die de jaren 70 karakteriseerden een radicalisering door in de vorm van de zelfregulerende werking van de groep, waardoor men het medische model vanaf de late jaren '60 in de vorm van de zelfregulerende werking van de groep als een emanciperende methode ging zien.

De paragraaf daarna zal zich richten op het conflict dat ontstond naar aanleiding van de situatie van laissez – faire binnen de Oosthoek. Dit conflict zorgde voor een aantal kwesties die onderverdeeld zouden kunnen worden in interne kwesties en externe kwesties. De interne kwesties hadden betrekking op de vraag of het geschil dat ontstond tussen de sociotherapeuten en de psychotherapeuten, kon worden gezien als een geschil om therapeutische inzichten of een strijd om macht en verantwoordelijkheden.

Daarnaast is er een externe component aan te wijzen die betrekking had op een verschil van mening over wie de uiteindelijke zeggenschap moest hebben over de Oosthoek; de staf van de Oosthoek of de directie van de St. Willibrord? Dat de externe verhouding van de Oosthoek tot de St. Willibrord niet los kon worden gezien van de interne verhoudingen binnen de St. Willibrord zal ik gaandeweg duidelijk proberen te maken. Beschreven zal worden hoe de directie van de St. Willibrord grip probeerde te krijgen op de situatie binnen de Oosthoek door de structuur binnen de Oosthoek naar hun hand te zetten.

## **2. De therapeutische gemeenschap tot 1970; een geconditioneerde therapeutische gemeenschap**

In het vorige hoofdstuk zagen we dat, hoewel het besef bestond dat het sociale milieu een grote rol speelde bij de totstandkoming van geestesziekten en dit voor de behandeling binnen de Oosthoek betekende dat zoveel mogelijk verantwoordelijkheden moesten worden overgeheveld naar de patiëntengroep, er nog veel informele macht lag bij de behandelaars. De nadruk lag in de jaren '50 en tot op zekere hoogte ook nog in de jaren '60, op fatsoenlijk gedrag. Hoewel er vanaf de jaren '50 binnen de gestichtspsychiatrie al een begin werd gemaakt met de patiëntengroep te laten meebeslissen ten aanzien van het therapieprogramma, stonden inspraak en eigen verantwoordelijkheid in het teken van het goed laten functioneren van de patiënten gemeenschap. Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, beslisten de patiënten mee ten aanzien van de sancties die moesten worden opgelegd bij wangedrag. De patiënt kon er daarnaast experimenteren met verschillende gedragingen.

Als we vervolgens kijken naar de Oosthoek, dan zagen we in het vorige hoofdstuk dat er van meet af aan een zekere tolerantie bestond. De patiënten werden bijvoorbeeld zelf gestimuleerd regels en sancties op te stellen betreffende de tijd waarop de patiënten zouden moeten gaan slapen en ten aanzien van het alcohol gebruik. We zagen bijvoorbeeld in het vorige hoofdstuk dat in de jaarverslagen over 1967 en 1968 en de beschrijvingsbrief van 1968 werd vermeld dat verantwoordelijkheden werden overgedragen aan de patiënten doormiddel van slaapzaalgroepen, zaalvergaderingen en een groepsraad. Toch hadden de behandelaars tot aan het einde van de jaren '60 nog veel informele macht. Dit wordt duidelijk als we kijken naar de beschrijving die Bierenbroodspot geeft van de wekelijkse community meetings. Bierenbroodspot werkte van 1968 tot 1971 als psychotherapeut en psychiater in de Oosthoek en geeft een beschrijving van de veranderende houding van de behandelaars ten aanzien van het ingrijpen in de leefgemeenschap in de periode dat hij er werkte in het artikel *Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis*. We lezen hier dat in de community meetings met de behandelaars werd onderhandeld over de mate van verantwoordelijkheden die de patiënten kregen toebedeeld ten aanzien van het therapieprogramma. Hoewel de macht werd gedeeld, wordt door Bierenbroodspot beschreven dat het 'sharing of power principe', ofwel het delen van de macht, de afhankelijkheidsdrang van de patiënt stimuleerde. Er werd in de begin situatie door de patiënten sterk geleund op de informele macht van de behandelaars om dat de patiënten bang waren zelf verantwoordelijkheden te nemen.<sup>103</sup>

Net als op groot Batelaar, traden de stafleden in de eerste fase ook op als autoriteitsfiguren die de patiënt wilden beschermen tegen de hardheid die ze zouden kunnen tegenkomen buiten het gesticht. Dit was de situatie binnen de Oosthoek voorafgaand aan 1971, het jaar waarin Bierenbroodspot de veranderende interpretatie ten aanzien van inspraak en eigen verantwoordelijkheid binnen de Oosthoek schetste tijdens een lezing voor de Vlaamse Vereniging van Psychologie te Brussel. Bierenbroodspot beschrijft dat er een verschuiving kwam van een pedagogische benadering waarbij de realiteit door de behandelaars op een directe manier werd voorgehouden, naar een afhoudende, permissieve houding.<sup>104</sup> Vanaf de jaren '70 was een radicalisering binnen de psychiatrie waar te nemen ten aanzien van het psychosociale inzicht dat de omgeving psychische problemen in de hand werkten. Gedrag dat

---

<sup>103</sup> P. Bierenbroodspot, 'Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974) 328-330.

<sup>104</sup> P. Bierenbroodspot, 'De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974)

in de jaren 50 werd gezien als ontoelaatbaar werd gaandeweg ‘genormaliseerd’ omdat het probleem van de patiënt werd gezien als het product van maatschappelijke omstandigheden zoals een opgedrongen moraal.<sup>105</sup> Om deze tweede fase te begrijpen, die vanaf 1970, zoals later zal worden besproken, ingang deed, is het allereerst noodzakelijk het vernieuwingsgezinde karakter van de late jaren ’60 en jaren ’70 te schetsen.

### **3. Normverandering en gedragsvrijheid in de jaren ‘70**

De snel stijgende welvaart en de veranderende mentaliteit leidden in de jaren ’60 tot een culturele vernieuwingsdrang. De toenemende secularisatie zorgde er voor dat er een lossere moraal kwam. Daarnaast begonnen veel Nederlanders volgens Blok afstand te nemen van traditionele waarden zoals hard werken, ingetogenheid, gehoorzaamheid en uiterlijk fatsoen. Onder sommige leden van de politieke en culturele elite leidde dit veranderende denken eind jaren ’60 tot het inzicht dat het na een materiele wederopbouw nu ook tijd was voor een geestelijke wederopbouw. Er kwam kritiek op het kapitalisme dat mensen zou vervreemden. Daarnaast werd er door sommigen een verlies aan individualiteit bespeurd. Er klonk vanaf het einde van de jaren ’60 een protest tegen het consumentisme en materialisme in Amerika en West Europa. De anarchistische Provo beweging in Nederland stelde bijvoorbeeld dat de meeste Nederlanders zich kritiekloos lieten leiden door het consumentisme. Het accent zou veel meer moeten komen te liggen op de mogelijkheid om zelf een eigen invulling aan het leven te kunnen geven. Vanuit de samenleving, maar ook vanuit de politieke elite rees het pleidooi voor het verruimen van de individuele gedragsvrijheid. De geestelijke wederopbouw zou gestoeld moeten zijn op de idealen de Franse revolutie, vrijheid, gelijkheid en broederschap.<sup>106</sup>

#### *Democratisering*

De drang om iets te veranderen aan de maatschappelijke misstanden, zoals het hierboven geschetste pleidooi voor een lossere moraal, zien we ook terug in de nadruk op democratisering die de jaren ‘70 kenmerkte. Er was tijdens de jaren ’70 een radicalisering waar te nemen op dit punt. Dit gold niet alleen binnen de psychiatrie, maar ook binnen het onderwijs en het bedrijfsleven. In de jaren 70 ontstond het besef, onder invloed van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, zoals mechanisatie en immigratie, dat onderwijs ook gericht moest zijn op expressieve en sociale vaardigheden en sociale

---

<sup>105</sup> Blok, *Baas in eigen brein* 39, 62-66.

<sup>106</sup> Blok, *Baas in eigen brein* 28, 37.

bewustwording, om er voor te zorgen dat iedereen de grote maatschappelijke veranderingen kon bijbenen. Dit betekende dat burgers meer inspraak zouden moeten krijgen en er ook geluisterd moest worden naar de burgers. Kortom, burgers zouden de mogelijkheid moeten krijgen om zich te kunnen ontplooien door het onderwijs toegankelijker te maken. De doelstelling van het kabinet Den Uyl bijvoorbeeld, dat van 1973 tot 1977 regeerde, was een spreiding van macht en kennis over alle lagen van de bevolking. “Wie voor een dubbeltje geboren is moet voor een kwartje onderwijs krijgen”. Met dit citaat vatte Den Uyl zijn doelstelling bondig samen. Het idee was dat onderwijs de spreiding van macht en inkomen kon beïnvloeden en hierdoor een meer gelijkwaardige samenleving kon bewerkstelligen, waardoor er in economisch alsook in sociaal opzicht een welvarendere samenleving gecreëerd kon worden.<sup>107</sup>

#### **4. De invloed van de cultuurkritiek op de psychiatrie: gedragsvrijheid en inspraak**

De culturele veranderingen van de jaren zestig vormden volgens Blok een voedingsbodem voor de in de inleiding genoemde kritische psychiatrie. De therapeutische gemeenschap was populair binnen de kritische psychiatrie. Om precies een beeld te krijgen wat de kritische psychiatrie precies inhield en hoe de kritische psychiatrie zich verhiel tot de eerder genoemde idealen zoals vrijheid, gelijkheid en broederschap, die de cultuurkritiek karakteriseerden, is het noodzakelijk een definitie te geven van de antipsychiatrie. Daaruit zal duidelijk moeten worden waarom de therapeutische gemeenschap populair was binnen de kritische psychiatrie en aanhang vond in de jaren '70.

De kritische psychiater Trimbos heeft de uitgangspunten van de ‘antipsychiatrie’ samengevat in een viertal punten;

‘Ten eerste een verwerping van het medische model, ofwel een protest tegen een ' medische, ziektekundige benadering van psychosociale stoornissen'. ‘Ten tweede een kritiek op de inrichtingspsychiatrie, vanuit het idee dat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis mensen niet beter maakte, maar hen beroofden van hun zelfvertrouwen, identiteitsgevoel en initiatief. Mensen raakten er gehospitaliseerd’. ‘Een derde aspect van de antipsychiatrie was de verwerping van de psychiatrie als sociaal controlemiddel in handen van de machthebbers’. De bekende Schotse kritische psychiater Laing bijvoorbeeld, noemde de Westerse samenleving een gevangenis; ‘zij bood te weinig ruimte voor de zelfontplooiing van haar inwoners’.

---

<sup>107</sup> Jan Ramakers, Gerrit Voerman en Rutger Zwart, *Illusies van Den Uyl? De spreiding van kennis, macht en inkomen* (Amsterdam 1998) 26-40.

Psychiaters traden volgens Laing op als gevangenisbewakers, omdat ze onaangepaste mensen opsloten in psychiatrische inrichtingen. Het vierde aspect kenmerkte zich door een positieve waardering voor de ‘waanzin’, waarbij krankzinnigheid kon worden opgevat als genezingsproces. Krankzinnigheid zou diende eerder doorleef te worden en niet moeten worden gezien als pathologische aandoeing dat bestreden moest worden doormiddel van medicijnen of psychische middelen.<sup>108</sup>

Dit vierde aspect is typisch een kenmerk van de jaren ‘60 en ‘70, aangezien het paste binnen het toentertijd gevoerde pleidooi voor verruiming van de gedragsvrijheid. ‘Gek’ gedrag werd als het ware genormaliseerd, doordat er bijvoorbeeld werd gesteld dat een zenuwinzinking aangaf dat de patiënt in een identiteitscrisis verkeerde en de zenuwinzinking een openbaring zou vormen voor de patiënt over de te maken levenskeuzes. Blok geeft het voorbeeld van de kritische psychiater Laing die in 1965 de therapeutische gemeenschap Kingsley Hall te London oprichtte. Een van de bewoonsters was Mary Barnes, een katholieke verpleegster van middelbare leeftijd die haar kinderstadium opnieuw doorleefde vanaf haar geboorte. Door het doormaken van haar ‘ziekte’ voelde zij zich herboren en koos een totaal ander levenspad, namelijk dat van kunstenares.<sup>109</sup>

Het tweede en derde aspect van de kritiek van hierboven genoemde de antipsychiatrie op de traditionele psychiatrie, sloten heel nauw aan op het pleidooi voor verruiming van de gedragsvrijheid. De psychiatrie hield de geesteszieke in een afhankelijke positie doordat hij het etiket van ziek kreeg opgeplakt. Zodoende werd de maatschappij gevrijwaard van enige schuld, immers het gedrag wordt veroorzaakt door de ziekte van het individu. De wetenschap en het medische model gaven de psychiater een zekere mate van autoriteit en legitimiteit en de psychiater kon op deze manier macht uitoefenen over zijn patiënten.<sup>110</sup>

Deze kritiek was vergelijkbaar met die op de religie. Van het christendom werd beweerd dat zij mensen in een afhankelijke positie hield. De priester en de dominee, maar dus ook de psychiater, handelden vanuit de gedachte dat zwakke of zondige mensen geholpen moesten worden. In het geval christendom ontleende de priester of de dominee zijn macht natuurlijk aan het vooruitzicht dat wanneer men de geboden van de priester niet opvolgde, men naar de hel ging. De psychiater ontleende echter, zoals we eerder zagen, zijn autoriteit aan het medische model. Het eerste uitgangspunt van de antipsychiatrie ‘het protest tegen een

---

<sup>108</sup> Blok, *Baas in eigen brein*, 11.

<sup>109</sup> Ibidem 10.

<sup>110</sup> Ibidem 62.

medische, ziektekundige benadering van psychosociale stoornissen', sloot nauw aan bij de het pleidooi voor democratisering en inspraak die de jaren '60 en '70 karakteriseerden.<sup>111</sup>

Het sociotherapeutische gedachtegoed kon in zijn geradicaliseerde vorm, waarbij er werd uitgegaan van de zelfregulerende werking van de groep, als alternatief dienen voor het medische model. De kritische psychiatrie ging het zien als een emanciperende methode, die de patiënt onafhankelijker maakte van de behandelaars en paternalistische tradities. De traditionele psychiatrie weerhield de patiënt om zelf te werken aan de eigen problematiek, immers, volgens de traditionele psychiatrie werden geestesziekten gezien als medische aandoeningen. De patiënt was om deze reden niet verantwoordelijk voor zijn daden. Volgens het sociale model echter, moest volgens Blok 'iedereen zijn eigen aandeel in het gedrag van anderen onder ogen zien'. De andere mensen om de patiënt heen, ofwel de maatschappij, was om deze reden ook verantwoordelijk voor het gedrag van de patiënt. Dit betekende dat er rekening gehouden moest worden met de patiënt en tevens betekende het sociale model dat de patiënt zelf zijn eigen verantwoordelijkheden moest nemen. Blok benadrukt het emancipatoire karakter van de therapeutische gemeenschap in de jaren '60 en daarmee de breuk met de traditionele gestichtspychiatrie die samenhang met een aanval op het medische model.<sup>112</sup>

Een aantal voorbeelden van therapeutische gemeenschappen waarbinnen die breuk zichtbaar zou zijn, zijn de in 1966 opgerichte Oosthoek te Heiloo, de in 1969 opgerichte therapeutische gemeenschap Amstelland en de in 1972 opgerichte therapeutische gemeenschap Rijnland, beide laatste onderdeel van psychiatrisch ziekenhuis Santpoort, en de in 1969 opgerichte therapeutische gemeenschap van de afdeling Connolly een afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer.<sup>113</sup> We zagen eerder dat men onder invloed van de paradigmawisseling tijdens het interbellum tot het inzicht kwam dat de gebrekkige sociale aanpassing werd veroorzaakt door een communicatie stoornis van de patiënt met zijn omgeving, maar dat er vanaf de jaren '50 pas in de praktijk onderling gecommuniceerd werd en er de mogelijkheid bestond tot vrije uiting van de gevoelens, hoewel op zeer beperkte schaal. Vanaf de jaren '50 tot aan 1970 bestond het idee dat de patiënt moest conformeren aan de gestichtsgemeenschap en dat de gestichtsgemeenschap een afspiegeling moest zijn van de maatschappij buiten het gesticht. De patiënten werden hierbij ondersteund door de

---

<sup>111</sup> Ibidem 39.

<sup>112</sup> Ibidem 62, 63.

<sup>113</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* 906.



sociotherapeuten. We zien echter dat het sociotherapeutische en psychotherapeutische gedachtegoed tijdens de jaren '70 een radicalisering doormaakte.<sup>114</sup>

De eind jaren '60 en jaren '70 kenmerkten zich, zoals eerder besproken, door de drang tot maatschappelijke verandering. Dit zagen we ook bij de behandelaars binnen de Oosthoek. De hiërarchische structuur binnen de traditionele psychiatrische inrichting, en het feit dat de behandeling binnen de traditionele gesticht minder de nadruk legde op de therapeutische werking van de groep, hadden volgens de psychotherapeuten een infantiliserende werking op de patiënten. De structuur binnen de gestichtpsychiatrie, waarbij de patiënt verplicht was alles te overleggen met de therapeut, zorgde er volgens Bierenbroodspot voor dat de patiënt zich opgesloten bleef voelen, aangezien hij alles overliet aan de therapeut en zelf geen initiatief nam om iets te verbeteren aan zijn omstandigheden. Het therapeutische milieu zou er op gericht moeten zijn de patiënten minder afhankelijk te maken van de behandelaars. Bierenbroodspot benadrukte de zogenaamde regressieve tendenties, van het gestichtsmilieu en de gedwongen vrijheidsberoving die de patiënt als het ware lethargisch maakte.<sup>115</sup> Naast de nieuwe ideologie van radicale verantwoordelijkheidsoverdracht en inspraak richtte de nieuwe ideologie zich op het aan het licht brengen van conflicten. Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, lag de nadruk nog op aanpassing aan de gestichtsgemeenschap. Het gesticht moest een weerspiegeling zijn van de maatschappij buiten het gesticht, ofwel de maatschappelijke realiteit buiten het gesticht waarbinnen ook regels golden. Het realiteitsprincipe kreeg echter een andere invulling. Doormiddel van het permissief optreden van de stafleden, zouden de patiënten juist de realiteit ondervinden en inzicht krijgen in hun eigen problematiek als gevolg van de gebrekkige sociale aanpassing van de patiënten. Doordat de patiënt nu zelf zijn eigen boontjes zou moeten doppen, zouden zij nu zelf de gevolgen van hun eigen gedrag ondervinden.<sup>116</sup>

Bierenbroodspot stelde dat de therapeutische gemeenschap een rol kon spelen in de hervorming van het traditionele psychiatrische ziekenhuis. Bierenbroodspot stelde dat een van de voornaamste doelen van de therapeutische gemeenschap was te komen tot een betere sociale aanpassing van de patiënten. Dit kon alleen bewerkstelligd worden als de autoritaire gestructureerde rol van het psychiatrisch ziekenhuis werd losgelaten, verantwoordelijkheden werden gedelegeerd naar de patiënt en er een rolverschuiving plaatsvond van een medisch

---

<sup>114</sup> Ibidem 820, 904-907.

<sup>115</sup> P. Bierenbroodspot, *de therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis* (Meppel 1969) 94.

<sup>116</sup> *Bierenbroodspot*, 'De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen' 90, 91

naar een sociaal kader. De therapeutische gemeenschap kon om deze reden volgens Bierenbroodspot bijdragen aan een verandering van het imago van het gesticht. Een van de manieren waarop dat mogelijk werd, was doormiddel van inspraak.<sup>117</sup>

##### **5. Inspraak en permissiviteit binnen de Oosthoek: Het democratiserings-principe non-directieve en realiteitsprincipe.**

De eerdergenoemde Bierenbroodspot neemt ten aanzien van de vraag of de therapeutische gemeenschap kan worden gezien als breuk of als continuïteit met de gestichtspsychiatrie een duidelijk standpunt in. Het emancipatoire karakter van de therapeutische gemeenschap was niet te verenigen met het hiërarchische karakter van het psychiatrische ziekenhuis. Het sociale model ondermijnde de positie van de psychiater, immers diens expertise was gestoeld op het medische model. Onderlinge verhoudingen en sociale factoren konden een rol spelen bij het ontstaan van psychiatrische aandoeningen. Dit sociaal psychiatrische inzicht stelde Bierenbroodspot op het standpunt dat differentiatie noodzakelijk was. Er zou volgens hem een behandelmodel moeten komen waarbij de verschillende afdelingen met elkaar samenwerkten, alsook werd samengewerkt met niet – deskundigen. Bierenbroodspot stond om deze reden een minder hiërarchische gestructureerde rol voor die de psychiatrische inrichtingen kenmerkten waarbinnen meer mensen inspraak zouden moeten krijgen, inclusief de patiënt. De patiënten konden nu actief werken aan hun eigen problematiek.<sup>118</sup>

Bierenbroodspot geeft in de artikelen *De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen* en *de therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis*, de ontwikkelingen weer in de periode dat hij als psychiater en psychotherapeut werkzaam was in de Oosthoek in de periode 1968-1971. Uit zijn beschrijving van de inspraak en de mate van eigen verantwoordelijkheid binnen de Oosthoek, blijkt dat er sprake was van een radicalisering. Het democratische principe kon volgens Bierenbroodspot als tegenhanger worden gezien van het oude autoritaire systeem. Het doel van het eerder genoemde democratische principe was dat het verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt gestimuleerd werd en regressie werd tegengegaan. Dit was niet mogelijk binnen het autoritaire systeem, waarin de behandelaars de infantiele behoeften van de patiënten gratificeerde, aangezien de patiënt zelf niet de handen uit de mouwen hoefde te steken. Het democratische principe was essentieel volgens Bierenbroodspot. Volgens Bierenbroodspot impliceerde het democratische principe, vrijheid

---

<sup>117</sup> *Bierenbroodspot*, 'De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974) 95-97.

<sup>118</sup> *Ibidem* 94-96.

binnen een bepaalde structuur, maar dit was moeilijk door te voeren in een ziekenhuis waar individuele of groepstherapie werd gegeven. Dit had te maken met de positie van de afdelingsarts en de psychotherapeut op de afdeling.<sup>119</sup> Zoals we zagen in de paragraaf over de eerste fase met betrekking tot de overdracht van verantwoordelijkheden en de mogelijkheid te experimenteren met verschillende gedragingen, zagen we dat de behandelaars nog veel informele macht hadden. Zij waren lid van de gemeenschapsraad en stimuleerde doormiddel van hun aanwezigheid het afhankelijkheidsgedrag van de patiënten. Het was juist de bedoeling van de therapeutische gemeenschap dat de patiënten zelfstandig leerden functioneren. De invloed van de therapeuten op het therapieprogramma verhinderde dit juist.

Bierenbroodspot stelde dat democratisering zoals die in de therapeutische gemeenschap plaats vond, iets anders was dan democratisering zoals we dat in politieke zin gewend zijn. Bierenbroodspot stelt dat democratisering zoals die in de therapeutische gemeenschap plaats vond, iets anders was dan democratisering zoals we dat in politieke zin gewend zijn. Bij democratisering in politieke zin wordt de macht overgedragen aan een kleine groep mensen die door de meerderheid is gekozen. Binnen de therapeutische gemeenschap echter, kwam de macht uiteindelijk bij de meerderheid te liggen, ofwel de patiëntengroep. Bierenbroodspot legt uit dat volgens sommige psychiaters, werkelijk democratie in de therapeutische gemeenschap niet mogelijk was, aangezien in de therapeutische gemeenschap, de staf de legitieme macht had en ook formeel de verantwoordelijkheid had over de therapeutische gemeenschap. De staf bestond uit een getalsmatige minderheid die informeel de macht en verantwoordelijkheid deelde met de patiënten. Bij democratisering in werkelijke zin gebeurde volgens Bierenbroodspot juist het omgekeerde. De macht die oorspronkelijk in de handen van een persoon lag, gaat over in de handen van de meerderheid. Dit moest volgens Bierenbroodspot ook zoveel mogelijk geschieden binnen de therapeutische gemeenschap.<sup>120</sup> Hoe dit er in de praktijk uit zag, zal in de vorige paragraaf worden besproken. Tevens zal worden besproken hoe de invloed van de behandelaars nog meer beperkt werd. Er werd uitgegaan van het principe van non-directiviteit dat inhield dat er zo min mogelijk door de behandelaars werd ingegrepen in het leefmilieu van de patiënten.

---

<sup>119</sup> Bierenbroodspot, *de therapeutische gemeenschap* 14, 15.

<sup>120</sup> *ibidem* 87

Men kwam volgens Bierenbroodspot in de Oosthoek tot de conclusie dat de informele macht van de stafleden, gezien de ongelijke status van de behandelaars en de artsen, waarop de patiënten leunden, zoals we eerder hebben gezien, leidde tot een uitholling van het democratische principe en daarmee van de beoogde therapeutische doeleinden.

*Het democratiserings-principe en het non-directieve principe in de praktijk*

In de praktijk zien we dat binnen de sociotherapie een ontwikkeling was te bespeuren waarbij de patiënten steeds meer de verantwoordelijkheid kregen over het wel en wee binnen het woonhuis van de Oosthoek. De behandelaars appelleerden, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben kunnen zien, op het vermogen van de patiënten om hun eigen problemen op te lossen en zorg te dragen voor de dagelijkse gang van zaken. Dit blijkt uit de nota van de directie van de St. Willibrord van 1970. We zien in deze nota het principe van de non-directiviteit terug. De patiënten hadden de verantwoordelijkheid binnen het woonhuis over de keuken en de slaapzaal. Hieruit blijkt dat men de besluiten over de dagelijkse gang van zaken overliet aan de patiënten. Ten aanzien van de gang van zaken in het woonhuis, werd zoveel mogelijk dagelijks beleid naar de patiëntengroep gedelegeerd om zo hospitalisering te voorkomen. Vanaf 1970, was, zoals hierboven besproken, te zien dat het karakter van het bijsturen veranderde. Hoewel er in de directienota van 1970 weinig vermelding wordt gemaakt van de manier waarop de besluitvorming plaats vond, komen we echter wel iets te weten over hoe de directie dacht over ontwikkelingen binnen de Oosthoek. De patiënten werden betrokken bij de besluitvorming, echter, de staf zou de eindverantwoordelijkheid moeten hebben. Dit was echter volgens directie van de St. Willibrord niet het geval binnen de Oosthoek. De patiënten hadden in feite de verantwoordelijkheid over het huishouden, met alle gevolgen van dien zoals in de volgende paragraaf over de permissiviteit zal worden besproken.<sup>121</sup>

We zagen dat in de eerste fase binnen de Oosthoek dat de stafleden deelnamen aan de groepsraad en op deze manier invloed uitoefende op de gedragingen en de besluiten die de patiënten namen. Er wordt in de stafnota vermeld dat het hoofd van de sociotherapie nu een aantal bevoegdheden had gedelegeerd naar de groepsraad. De groepsraad vertegenwoordigde de patiënten gemeenschap. De groepsraad bestond in 1971 uit twee afgevaardigden per sociogroep. De sociogroepen bestonden uit de bewoners van een mannen – en vrouwen

---

<sup>121</sup> Dr. A.J.A.M. Wijffels, F.J.M. van den Hurk, J.L. van Hoof, *Nota betreffende het psycho-therapeutisch instituut "de Oosthoek" te Limmen* (Heiloo, 1970) 4-7

slaapzaal die elf patiënten omvatte. De voorzitter werd gekozen uit de gehele groep. De groepsraad had verregaande bevoegdheden. De groepsraad bestuurde in feite de woongemeenschap. Het bijwerken en wijzigen van het huis regelement gebeurde door de groepsraad. De groepsraad beheerde daarnaast de gemeenschappelijke goederen. De groepsraad werkte samen met de staf en zij adviseerde de staf ten aanzien van het behandelingsverloop van de individuele patiënten. Daarna volgde een nadere bespreking met de groepsraad en de staf waarin de resultaten van de patiënten werden besproken. Het bijwerken en wijzigen van het huis regelement gebeurde door de groepsraad. De groepsraad beheerde de daarnaast de gemeenschappelijke goederen.<sup>122</sup> Hoewel de regels door de patiënten zelf werden opgesteld, werden de regels opgesteld door slechts een klein gedeelte van de patiënten groep. Hieruit zou je kunnen concluderen dat de afgevaardigden van de patiëntengroep als autoriteitsfiguur optraden die het goede voorbeeld moesten geven dat vervolgens door de groep geïnternaliseerd moest worden. In het jaarverslag van 1973-1974, wordt beschreven dat de patiënten de verantwoordelijkheden gedelegeerd kregen over een aantal zaken, namelijk de verantwoordelijkheid over het handhaven van de huisregels en het doen van voorstellen tot het wijziging van de huisregels, het beheer van sport – en spelmateriaal, het beheer van gereedschappen en de verzorging van corvee. Ten aanzien van de verzorging van corvee is het interessant op te merken dat in 1973, het huishoudelijke personeel uit het woonhuis was vertrokken. De patiënten moesten alles op huishoudelijk gebied voortaan zelf regelen. De kok bleef als enige van het huishoudelijk personeel over in het woonhuis. Er werd echter bij afwezigheid van de kok, tijdens de weekenden, vakanties of bij ziekte van de kok, door een van de patiënten gekookt. Er wordt verder in het jaarverslag vermeld dat de patiënten zelf verantwoordelijk waren voor het beheer en de bevoorrading van de patientenwinkel en de bevoorrading en beheer van de bar. Het toekennen van vrije dagen gebeurde door de patiënten. Het bepalen van de sancties bij overtredingen gebeurde door de patiënten zelf alsook het verzorgen en bewaken van de medepatiënten. Het verzorgen van de maandelijkse evaluaties van de medepatiënten gebeurde door de patiënten alsook het leiden en notuleren van de dagelijkse zaalvergadering. De patiënten ontvingen tevens de patiënten die in onderzoek werden genomen alsook de nieuw opgenomen patiënten. De patiënten beheerden de gelden die zij verkregen uit winst van de winkel en bar en beheerden de verschillende apparaten in het woonhuis zoals de wasmachine, vaatwasser en de ijskast. Hoewel de patiënten de verantwoordelijk hadden over de hierboven genoemde zaken, was het

---

<sup>122</sup> Medewerkers van “de Oosthoek”, *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum “St. Willibrord” te Heiloo* (Heiloo 1971) 15-17.

de voorzitter van de groepsraad die de eind verantwoordelijkheid had. We lezen in het jaarverslag dat de groepsraad bestond uit afgevaardigden van de diverse therapie-groepen die viermaal per week bijeen kwamen en toezicht hielden over de door haar ingestelde commissies. De voorzitter en afgevaardigden fungeerden dus als voorbeeld figuren wiens gedrag door de patiëntengroep geïnternaliseerd moest worden. Het was dus niet zo dat iedereen overal wat over te zeggen had.<sup>123</sup>

*Het realiteitsprincipe: Permissiviteit en vrije expressie*

Het aan het licht laten brengen van tegenstellingen of conflicten was ook een van de beginselen van het realiteitsprincipe. Dit zagen we in het vorige hoofdstuk bij de psychotherapie. In de jaren 50 in Groot Batelaar en in de jaren 60 binnen de Oosthoek kon er geëxperimenteerd worden met verschillende gedragen om zo inzicht te krijgen in de eigen problematiek. Toch bestond in de jaren '60 het realiteitsprincipe uit het idee dat de therapeutische gemeenschap een weerspiegeling moest zijn van de maatschappij waarbinnen regels en waarschuwingen het individu ook tot conformeren hoorden te brengen. Doormiddel van regels zouden de patiënten geconfronteerd moeten worden met de werkelijkheid, ofwel de situatie buiten het gesticht. In Groot Batelaar zagen we dat bijvoorbeeld werd gewerkt met strafregels en orderegels die de patiënt dwongen tot maatschappelijke aanpassing. Deze regels waren volgens de behandelaars in het belang van de gemeenschap. Degenen die zich niet aan deze regels hielden werden als 'ziek' bestempeld. We zien vanaf de jaren '70 een veranderende houding met betrekking tot het realiteitsprincipe. De staf was van mening dat het voorhouden van de realiteit door de staf zou leiden tot een kostschoolhouding.<sup>124</sup>

De verschuiving van een pedagogische benadering waarbij de realiteit door de behandelaars op een directe manier werd voorgehouden naar een permissieve houding, naar een benadering waarbij de behandelaars op afstand bleven, hangt samen met psychosociale inzichten die door de tijdsgeest van de jaren '70 radicaliseerden. Vanaf de jaren '70 is een radicalisering waar te nemen ten aanzien van het psychosociale inzicht dat de omgeving psychische problemen in de hand. Gedrag dat in de jaren 50 werd gezien als ontoelaatbaar werd gaandeweg 'genormaliseerd' omdat het probleem van de patiënt werd gezien als het product van maatschappelijke omstandigheden zoals een opgedrongen moraal.<sup>125</sup> Daarnaast kan gesteld

---

<sup>123</sup> *Jaarverslag de Oosthoek 1973-1974*(Heiloo 1975) 22-24.

<sup>124</sup> De Goei, *Van streek* 235-236.

<sup>125</sup> Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *verward van geest* 902.

worden dat er puur therapeutische grondlagen aan de toenemende permissiviteit. Door de permissieve houding kon de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten echt tot zijn recht komen.<sup>126</sup>

In zijn vergelijkende studie van het traditionele psychiatrisch ziekenhuis en de therapeutische gemeenschap uit 1969, stelt Bierenbroodspot dat de sociotherapie zich bezighield met de buitenwereld van de patiënt, ofwel aanpassing aan het sociale milieu, terwijl de psychotherapie zich bezig hield met de binnenwereld. De psychotherapeut hield zich meer met de patiënt op individueel niveau bezig en probeerde te achterhalen waarom de patiënt zich gedroeg zoals hij zich gedroeg. De psychotherapeut probeerde te begrijpen wat de patiënt belemmerde bij zijn maatschappelijke aanpassing. De patiënt mistte vanwege zijn aandoening vaak het inzicht om te komen tot het goed functioneren binnen de maatschappij of patiëntengroep. Het was de bedoeling de patiënt inzicht te laten krijgen in zijn eigen problematiek. Doormiddel van het uitleven van de conflicten die zich in de jeugd afspeelden, werd geprobeerd de patiënt dit inzicht te verschaffen. Er wordt in het werk van Bierenbroodspot vermeldt dat de overdracht van gevoelens beter tot zijn recht zou komen wanneer de oude conflicten werden uitgeleefd in een nieuwe situatie waaraan de patiënt niet was aangepast. Het experimenteren met verschillende vormen van gedragingen en het veranderen van het sociale milieu dat verantwoordelijk was voor het gedrag van de patiënt, was daarom nodig.<sup>127</sup> Er werd afgestapt van de correctie van het gedrag. Zoals we zagen vond de staf dat het voorhouden van de realiteit tot een kostschoolhouding zou leiden. Doormiddel van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep, zou de patiënt zelf tot het inzicht komen dat onaangepast gedrag het normaal functioneren van een sociale groep in de weg zou staan. De patiënt zou door de groep tot de orde worden geroepen en met zijn neus op de feiten worden gedrukt, of wel het eerder genoemde realiteitsprincipe. In de staf nota van 1971 wordt expliciet vermeld dat de Oosthoek was opgericht als instituut voor psychotherapie. Dit hield volgens de nota in dat er werd uitgegaan van de therapeutische werking van het sociale systeem. Het sociale systeem was noodzakelijk om conflicten aan het licht te brengen die de oorzaak vormde van de gebrekkige sociale aanpassing van de patiënt.<sup>128</sup> Hieronder zal een beeld worden geschetst van het veranderende sociale milieu binnen de Oosthoek en de

---

<sup>126</sup> Medewerkers van "de Oosthoek", *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) 7-13

<sup>127</sup> Dr. P. Bierenbroodspot, *de therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis* (Meppel 1969) 21-22, 144, 154.

<sup>128</sup> Medewerkers van "de Oosthoek", *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) 12, 13.

permissieve sfeer. In zijn vergelijkende studie van het traditionele psychiatrisch ziekenhuis en de therapeutische gemeenschap uit 1969, stelt Bierenbroodspot dat de sociotherapie zich bezighield met de buitenwereld van de patiënt, ofwel aanpassing aan het sociale milieu, terwijl de psychotherapie zich bezig hield met de binnenwereld. De psychotherapeut hield zich meer met de patiënt op individueel niveau bezig en probeerde te achterhalen waarom de patiënt zich gedroeg zoals hij zich gedroeg. De psychotherapeut probeerde te begrijpen wat de patiënt belemmerde bij zijn maatschappelijke aanpassing. De patiënt mistte vanwege zijn aandoening vaak het inzicht om te komen tot het goed functioneren binnen de maatschappij of patiëntengroep. Het was de bedoeling de patiënt inzicht te laten krijgen in zijn eigen problematiek. Doormiddel van het uitleven van de conflicten die zich in de jeugd afspeelden, werd geprobeerd de patiënt dit inzicht te verschaffen. Er wordt in het werk van Bierenbroodspot vermeldt dat de overdracht van gevoelens beter tot zijn recht zou komen wanneer de oude conflicten werden uitgeleefd in een nieuwe situatie waaraan de patiënt niet was aangepast. Het experimenteren met verschillende vormen van gedragingen en het veranderen van het sociale milieu dat verantwoordelijk was voor het gedrag van de patiënt, was daarom nodig.<sup>129</sup> Er werd afgestapt van de correctie van het gedrag. Zoals we zagen vond de staf dat het voorhouden van de realiteit tot een kostschoolhouding zou leiden. Doormiddel van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep, zou de patiënt zelf tot het inzicht komen dat onaangepast gedrag het normaal functioneren van een sociale groep in de weg zou staan. De patiënt zou door de groep tot de orde worden geroepen en met zijn neus op de feiten worden gedrukt, of wel het eerder genoemde realiteitsprincipe.

In de staf nota van 1971 wordt expliciet vermeld dat de Oosthoek was opgericht als instituut voor psychotherapie. Dit hield volgens de nota in dat er werd uitgegaan van de therapeutische werking van het sociale systeem. Het sociale systeem was noodzakelijk om conflicten aan het licht te brengen die de oorzaak vormde van de gebrekkige sociale aanpassing van de patiënt.<sup>130</sup> Hieronder zal een beeld worden geschetst van het veranderende sociale milieu binnen de Oosthoek en de permissieve sfeer.

---

<sup>129</sup> Bierenbroodspot, *de therapeutische gemeenschap* (Meppel 1969) 21-22, 144, 154

<sup>130</sup> Medewerkers van "de Oosthoek", *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) 12, 13



### *Permissiviteit in de praktijk*

In de directienota wordt duidelijk hoe het realiteitsprincipe vanaf 1970 anders werd geïnterpreteerd. De patiënten legden geen verantwoording meer af aan de behandelaars, maar deden dit voor de patiënten raad.<sup>131</sup> Binnen de Oosthoek ontwikkelde zich namelijk de gedachte dat de patiënten elkaar zelf aan zouden moeten spreken op hun slechte gedrag. Het voorhouden van de realiteit door de staf zou leiden tot een kostschoolhouding.

Bierenbroodspot geeft het voorbeeld van de corveeploeg die het laat afweten en het werk aan anderen overlaat waardoor geen maaltijd werd geserveerd tijdens het avondeten. De consequentie hiervan was dat er een gesprek kwam over de corveeploeg en het aanspreken van bepaalde figuren die zich steeds bleven onttrekken aan de regels van de gemeenschap. Het aanspreken hierover zou door de groep zelf moeten gebeuren in plaats van de staf.<sup>132</sup>

Bierenbroodspot geeft tevens het voorbeeld van het zogenaamde werkprobleem binnen de Oosthoek in de periode dat hij er werkte. Er werd binnen de Oosthoek geprobeerd de patiënten aan het werk te krijgen.. Arbeid werd echter door de behandelaars geassocieerd met discipline en werd om deze reden dan ook niet expliciet gestimuleerd. De staf werd gaandeweg echter ongelukkig met de situatie en wilde in eerste instantie de patiënten aan het werk krijgen doormiddel van arbeidstherapie. Deze oplossing werd echter door iedereen afgekeurd, aangezien de arbeidstherapie te veel met de klassieke inrichtingspsychiatrie werd geassocieerd. Om de patiënten aan het werk te krijgen werd uitgegaan van de gedachte het probleem te benoemen maar geen oplossingen te bieden. Het was de bedoeling de patiënten de consequentie van hun gedrag te laten inzien. Het dagprogramma van de patiënten werd gewijzigd, waardoor er op het middag programma niets stond. De patiënten werden hierdoor geconfronteerd met hun situatie in de kliniek en met de mogelijkheid om buiten de kliniek te werken. Op deze manier overwonnen zij hun angsten en vonden zij een baantje. Als de corvee het liet afweten omdat het werk werd overgelaten aan anderen, dan was het gevolg dat er 's-avonds geen eten op tafel kwam. De algemene opvatting die bestond binnen de Oosthoek was dat door de patiënten het belang van de eigen verantwoordelijkheid onder ogen te laten zien, de patiënten niet zouden terugvallen op de positie van de staf als autoriteitsfiguren die de problemen voor hen zouden opknappen. De patiënten zouden leren zelfstandig te functioneren

---

<sup>131</sup> Dr. A.J.A.M. Wijffels, F.J.M. van den Hurk, J.L. van Hoof, *Nota betreffende het psycho-therapeutisch instituut "de Oosthoek" te Limmens* (Heiloo, 1970) 6

<sup>132</sup> *Bierenbroodspot*, 'De therapeutische gemeenschap' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974) 91

en zelf leren de feiten onder ogen te zien en de consequenties te dragen voor hun eigen gedrag.<sup>133</sup>

Uit de staf nota van de stafleden van de Oosthoek uit 1971 wordt vermeld dat de patiënten nu zelf trachten de onderlinge conflicten op te lossen zonder daarin ondersteund te worden door de behandelaars. De macht werd hierbij gedelegeerd naar de groepsraad.

## 6. Groepspsychotherapie

Volgens het jaarverslag van 1973-1974 waren er drie psychotherapeuten in de kliniek werkzaam. De psychotherapeuten Pieck en Boswijk hadden elk twee groepen en Bottger had een kliniekgroep van 9 patiënten. Elk van deze groepen had tweemaal per week een groepszitting van 5 kwartier geleid door de eigen psychotherapeut. Er werd daarnaast ook een groepszitting gehouden buiten de aanwezigheid van de therapeut. De psychotherapie bestond vervolgens ook uit psychodrama dat eenmaal per week gegeven werd, en gezins – en parentherapie. Voor individuele gesprekken met de groepspsychotherapeut was in totaal anderhalf a twee uur beschikbaar.<sup>134</sup>

De psychotherapie gaf patiënten de mogelijkheid te experimenteren met verschillende vormen van gedrag. In zijn vergelijkende studie van het traditionele psychiatrisch ziekenhuis en de therapeutische gemeenschap heeft Bierenbroodspot het over het zogenaamde realiteitsprincipe, dat eerder al de revue passeerde. Het realiteitsprincipe hield in dat het therapeutische milieu gericht was op het aan het licht te brengen van conflicten door te experimenteren met verschillende gedragingen. De patiënten kon op deze manier inzicht verwerven in de consequenties van hun eigen gedrag en wat dit gedrag opriep bij de rest van de bewoners. De psychotherapie en de sociotherapie hadden om deze redenen verschillende uitgangspunten. De sociotherapie was anders dan de psychotherapie, gericht op maatschappelijke aanpassing. Het experimenteren met verschillende gedragingen was kenmerkend voor de psychotherapie.<sup>135</sup>

Binnen de zogenaamde *Gestalttherapie*, dat een onderdeel vormde van de psychotherapie, stond de interactie van de patiënt tot de groep centraal stond. De individuele patiënt werd door de groep geconfronteerd met zichzelf, waarbij de andere groepsleden fungeerden als toeschouwers. Door het inleven van de groep in de problematiek van de patiënt, werkten de

---

<sup>133</sup> Ibidem

<sup>134</sup> Jaarverslag de Oosthoek 1973-1974 25-26

<sup>135</sup> Bierenbroodspot, *de therapeutische* 22

toeschouwers aan hun eigen problematiek. De groepsleden gaven naar afloop feedback. Zij vertelden dan wat de ene persoon bij hen teweegbracht. Dit experimenteren met verschillende gedragingen wil overigens niet zeggen dat er werd afgeweken van de maatschappelijke normen. Doormiddel van de zogenaamde ‘behaviour modification’ werd beoogd dat de patiënt stap voor stap kon experimenteren met nieuw gedrag binnen de veilige omgeving van de groep die begeleid werden door een psychotherapeut samen met een sociotherapeut. Deze therapievorm werd in de dagkliniek toegepast. Naast klinische en poliklinische mogelijkheden was het voor patiënten ook mogelijk een dag klinische behandeling te volgen. De dag klinische behandeling kon dienen als begeleiding van de overgang uit de kliniek naar de maatschappij of kon worden ingezet om te onderzoeken of een klinische opname kon worden bekort.<sup>136</sup> Dit onder begeleiding kunnen experimenteren met verschillende gedragingen binnen een veilige omgeving begeleid door de behandelaars zagen we eerder terug op Groot Batelaar.

Het is interessant om op te merken dat uit het hierboven geschetste betoog over de psychotherapie, duidelijk blijkt dat het met de eerder besproken ‘non-directiviteit’ ten aanzien van de psychotherapie wel meeviel, terwijl je eigenlijk wel zou verwachten dat dit een van de uitgangspunten van de psychotherapie vormde. De psychotherapeut hield zich namelijk niet bezig met het beïnvloeden van het gedrag van de patiënt. Idealiter zou die beïnvloeding tot stand moeten komen doormiddel van het sociale systeem. Het is om deze reden frappant dat uit het hierboven geschetste betoog ten aanzien van de psychotherapie, blijkt dat de psychotherapeuten ook een ondersteunende rol speelden zoals we al eerder zagen in het vorige hoofdstuk bij de sociotherapie. Het is om deze reden noodzakelijk te verduidelijken hoe de therapeutische ideologie van de psychotherapeuten zowel de interne structuur binnen de Oosthoek aantastte alsook de verhouding van de Oosthoek tot de St. Willibrord op scherp zette en voor een conflict zorgde tussen de psychotherapeuten en de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord. Het eerder uitvoerige besproken sociale model zorgde ervoor dat de hiërarchische structuur van het psychiatrische ziekenhuis als een kaartenhuis in elkaar stortte.

---

<sup>136</sup> *Jaarverslag de Oosthoek 1973-1974,*

## **7. Interne en externe strubbelingen als gevolg van de overdracht van verantwoordelijkheden en inspraak.**

In deze paragraaf zal beschreven zal worden hoe de directie van de St. Willibrord grip probeerde te krijgen op de situatie binnen de Oosthoek door de structuur binnen de Oosthoek naar hun hand te zetten. Allereerst is het noodzakelijk iets te vermelden over de achtergronden van het conflict. Dat de externe verhouding van de Oosthoek tot de St. Willibrord niet los kan worden gezien van de interne verhoudingen binnen de St. Willibrord zal ik gaandeweg duidelijk proberen te maken. Beschreven zal worden hoe de directie van de St. Willibrord grip probeerde te krijgen op de situatie binnen de Oosthoek door de structuur binnen de Oosthoek naar hun hand te zetten. Allereerst is het noodzakelijk iets te vermelden over de achtergronden van het conflict.

Er ontstond naar aanleiding van verdergaande democratisering en permissiviteit een conflict binnen de Oosthoek. Om het conflict te begrijpen, is het noodzakelijk op te merken dat er een onderscheid kon worden gemaakt tussen een therapeutische ideologie van de therapeutische gemeenschap en de ideologie die de directie van de St. Willibrord voorstond. Het uitgangspunt van de therapeutische ideologie van de therapeutische gemeenschap, was dat vrijheid en vermindering van hiërarchische patronen er voor zouden zorgen dat de patiënt leerde zelfstandig te functioneren. Hospitalisering moest zoveel mogelijk worden voorkomen.<sup>137</sup> De ideologie die de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten voorstonden was echter veel meer gericht op het tot de verantwoording laten roepen van de patiënten.

Dit conflict zorgde voor een aantal kwesties die onderverdeeld zouden kunnen worden in interne en externe kwesties. De interne kwesties hadden betrekking op de vraag of het geschil dat ontstond tussen de sociotherapeuten en de psychotherapeuten, kan worden gezien als een geschil om therapeutische inzichten of een strijd om macht en verantwoordelijkheden. Duidelijk zal worden dat de psychotherapeuten en sociotherapeuten verschillende uitgangspunten hadden.

Daarnaast is er een externe component aan te wijzen die betrekking had op een verschil van mening over wie de uiteindelijke zeggenschap moest hebben over de Oosthoek: de staf van de Oosthoek of de directie van de St. Willibrord?<sup>138</sup> Dat de externe verhouding van de Oosthoek

---

<sup>137</sup> Medewerkers van "de Oosthoek", *Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) 7

<sup>138</sup> *Jaarverslag de oosthoek 1973-1974* 16.

tot de St. Willibrord niet los kon worden gezien van de interne verhoudingen binnen de St. Willibrord zal ik gaandeweg duidelijk proberen te maken.

We hebben kunnen zien dat de ideologie van de behandelaars van de Oosthoek, in het bijzonder die van de psychotherapeuten, er voor zorgde dat iedereen het voor het zeggen moest krijgen binnen de Oosthoek.

Dit betekende dat er volgens psychotherapeuten als Bierenbroodspot een structuur wijziging moest komen van de Oosthoek ten opzicht van het moederinstituut. De radicale verandering van het psychiatrische ziekenhuis uitte zich bij psychotherapeuten als Bierenbroodspot in het inzicht dat er een grotere zelfstandigheid moest komen van de therapeutische gemeenschap ten opzichte van het psychiatrisch ziekenhuis. Bierenbroodspot zag in de therapeutische gemeenschap een middel om het psychiatrische ziekenhuis, dat een slechte reputatie had, dichter bij de samenleving te brengen.<sup>139</sup> Dat het de psychiatrische inrichting volgens psychotherapeuten als Bierenbroodspot aan transparantie ontbrak, bleek volgens Bierenbroodspot uit het feit dat er een hardnekkig verzet bestond tegen verandering. Met transparantie bedoelde Bierenbroodspot in deze context dat er een te grote afstand bestond tussen de psychiatrische inrichting en de maatschappij, waardoor er moeilijk toezicht kon worden gehouden op hetgeen er binnen de muren van de psychiatrische inrichting gebeurde, waardoor de behandelaars volgens Bierenbroodspot naar willekeur konden handelen. Dat de Oosthoek op afstand moest blijven van het moederinstituut lag in het verlengde van de noodzaak tot democratisering en transparantie. Bierenbroodspot merkt in zijn artikel *Waarom vernieuwing van de psychiatrische kliniek met 'gedonder' gepaard gaat*, op dat de weerstanden tegen democratisering bij de directie van een psychiatrische inrichting leidde tot angst voor ontmaskering en schuldgevoel.<sup>140</sup> Waarschijnlijk doelt Bierenbroodspot er op dat het medische model is gebruikt als machtsmiddel ten gunste van de behandelaars en dat democratisering dit juist aan het licht bracht.

---

<sup>139</sup> Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen* 96-97.

<sup>140</sup> P/ Bierenbroodspot 'Waarom vernieuwing van de psychiatrische kliniek met 'gedonder' gepaard gaat, *Maandblad v. d. Geestelijke Volksgezondheid*, 12 (1971)71, 2, 3.

Samenvattend kan gesteld worden dat de wens van psychotherapeuten als Bierenbroodspot voor een grotere zelfstandigheid van de Oosthoek ten opzichte van de St. Willibrord, in de context kan worden gezien van de bij de psychotherapeuten gevoelde noodzaak voor democratisering. Inspraak zorgde voor een pluriformiteit aan behandelingsmogelijkheden, zoals we eerder in dit hoofdstuk hebben zien. Deze tendens leidde volgens Bierenbroodspot uiteindelijk tot decentralisatie van de psychiatrische inrichting. De verschillende afdelingen zouden binnen het psychiatrische ziekenhuis namelijk hun expertise moeten gaan claimen ten aanzien van de verschillende mogelijkheden die waren ontstaan op het gebied van de behandeling van geestesziekten, met alle gevolgen van dien voor de verantwoordelijkheden van de directie van de psychiatrische inrichting zoals we in de volgende paragraaf zullen zien

Hieronder zullen de standpunten van de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord uiteen worden gezet, zodat duidelijk wordt dat het emancipatoire karakter van de therapeutische gemeenschap niet was te verenigen met de hiërarchische structuur van de psychiatrische inrichting. Duidelijk zal worden hoe de directie probeerde invloed uit te oefenen op de gang van zaken binnen de Oosthoek en hoe de directie van de St. Willibrord grip probeerde te krijgen op de situatie binnen de Oosthoek door de structuur binnen de Oosthoek naar hun hand te zetten als gevolg van aan het verlies van eigen verantwoordelijkheden bij de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord.

#### *De ideologie van de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten.*

In de directienota van het bestuur van de St. Willibrord van 1970, wordt vermeldt dat de sociotherapeuten dreigden hun eigen taak te verliezen, aangezien de overtuiging groeide dat patiënten de grootst mogelijke verantwoordelijkheid voor hun eigen leven zouden moeten dragen, en de sociotherapeuten van origine een verpleegkundige en begeleidende taak hadden. De toegenomen permissiviteit en delegatie van verantwoordelijkheden naar de patiënt zorgde ervoor dat de sociotherapeuten buitenspel werden gezet. Hier waren de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord het niet mee eens. Uit de nota blijkt dat het hoofd van de sociotherapie een aantal van zijn bevoegdheden had gedelegeerd naar de groepsraad. Met betrekking tot de permissiviteit waren de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten van mening dat de permissiviteit er toe leidde dat de patiënten niet voldoende werden geconfronteerd met de realiteit. Dat hield volgens de directie van de St. Willibrord, maar ook van de sociotherapeuten, in, dat het de taak van de sociotherapeut was de patiënten de realiteit onder ogen te laten zien. Dit hield in dat de patiënten door de sociotherapeuten op de

consequenties van hun gedrag moesten worden gewezen.<sup>141</sup> Dit sluit aan bij het idee dat de therapeutische gemeenschap een weerspiegeling was van de maatschappij waarbinnen regels en waarschuwingen het individu ook tot conformeren te dwingen. Dit werd door de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten verstaan onder het zogenaamde realiteitsprincipe. De psychotherapeuten gaven zoals een andere invulling aan het realiteitsprincipe.

De directie van de St Willibrord, was van mening dat de situatie binnen de kliniek niet teveel moest afwijken van de situatie buiten de kliniek. De directieleden van de St. Willibrord vulden het realiteitsprincipe anders in dan de stafleden van de Oosthoek. Bij de directie van de St. Willibrord hield dit realiteitsprincipe in dat de eisen en normen die golden in de maatschappij buiten het gesticht, ook zouden moeten gelden binnen de Oosthoek. De patiënten verantwoordden zich dan wel voor hun eigen gedrag tegenover de verpleegde en de groep maar dit gebeurde volgens de directie van de St. Willibrord vanuit een eenzijdige visie op verantwoordelijkheid. Volgens de directie nota van de staf van de St. Willibrord uit 1970 zagen we immers dat de patiënt verantwoordelijkheid aflegden aan een patiëntenraad die, zoals we eerder zagen, bestond uit de afgevaardigden van diverse-therapie groepen die onder leiding stond van een uit de gemeenschap gekozen patiënt. Zoals we eerder zagen, hield de beleidspsychiater en de psychotherapeuten zich bezig met de emotionele verwerking van de individuele problemen van de patiënten, zonder rechtstreeks bezig te zijn met het reguleren van gedragingen van de patiënt buiten het psychotherapie – uur. We zagen dat die non-directieve houding ook ingang vond binnen het woonhuis waar de patiënten het grootste gedeelte van hun tijd bevonden. Patiënten zouden doormiddel van de non-directiviteit met hun neus op de feiten worden gedrukt en de consequenties van hun gedragingen gaan inzien, terwijl het experimenteren met verschillende gedragingen juist altijd een van de uitgangspunten geweest van de psychotherapie. We zagen dat dit vanaf 1970 ook gebeurde in het woonhuis.<sup>142</sup>

Dat de ideologie niet los kon worden gezien van de interne structuur en de verhouding van de Oosthoek tot de St. Willibrord, zal blijken uit de hieronder vermelde maatregelen die de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten namen ten aanzien van de non-

---

<sup>141</sup> Dr. A.J.A.M. Wijffels, F.J.M. van den Hurk, J.L. van Hoof, *Nota betreffende het psycho-therapeutisch instituut "de Oosthoek" te Limmen* (Heiloo, 1970) 7, 8

<sup>142</sup> Dr. A.J.A.M. Wijffels, F.J.M. van den Hurk, J.L. van Hoof, *Nota betreffende het psycho-therapeutisch instituut "de Oosthoek" te Limmen* (Heiloo, 1970) 4, 6

directiviteit. De directie van de Willibrord probeerde namelijk invloed uit te oefenen op de gang van zaken in de Oosthoek.

*Een geconditioneerde therapeutische gemeenschap.*

In de directienota van de St. Willibrord van november 1970, lezen we dat de directie een grotere zelfstandigheid van het woonhuis ten opzichte van de andere therapieën voorstond. De reden hiervoor was dat de directie vond dat de psychotherapeuten teveel invloed kregen binnen het woonhuis. Het woonhuis moest zich toespitsen op het realiteitsprincipe zoals dat door directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten geïnterpreteerd werd. Doormiddel van regels zouden de patiënten geconfronteerd moeten worden met de werkelijkheid, ofwel de situatie buiten het gesticht. De sociotherapeut zou in de Oosthoek als autoriteitspersoon moeten optreden. Hieruit blijkt dat het woonhuis en de sociotherapie een prominente rol moesten spelen binnen de Oosthoek volgens de directie. Het woonhuis werd door de directie van de St. Willibrord gezien als een ‘agogisch hotel’, waarin gewerkt aan de maatschappelijke aanpassing van de patiënten. Dit werd bewerkstelligd door een geconditioneerde groepssetting net zoals we dat zagen op Groot Batelaar. Ter wille van hun behandeling kregen de patiënten de mogelijkheid mee te beslissen ten aanzien van het therapeutische programma, maar de uiteindelijke verantwoordelijkheid lag bij de sociotherapeuten. Het hoofd van de sociotherapie was verantwoordelijk voor het woonhuis, terwijl de beleidspsychiater verantwoordelijk was voor de psychotherapie.<sup>143</sup>

Uit de directienota van de St. Willibrord uit 1970 wordt duidelijk welke structuur de directie binnen de Oosthoek voorstond, maar het duurde pas tot 1973-1974 voordat de directie echt grip kreeg over de situatie binnen de Oosthoek. We lezen in de directienota van 1970 dat de directie van de St. Willibrord eindverantwoordelijk zou moeten hebben over de Oosthoek. Daaronder ressorteerden de Chef de Clinique, die verantwoordelijk was voor het gehele medische handelen binnen de Oosthoek. Daaronder ressorteerden vervolgens de beleidspsychiater en hoofd van de sociotherapie. De beleidspsychiater had als taak het kliniekmilieu bij te sturen en leiding te geven. De functie van beleidspsychiater als gedeputeerde van de chef de Clinique was ontstaan om de chef de Clinique bij te staan in zijn steeds omvangrijker wordende taak. Het hoofd van de sociotherapie had eenzelfde taak. Het

---

<sup>143</sup> Wijffels, van den Hurk, van Hoof, *Nota betreffende het psycho-therapeutisch*, 4, 7, 8



hoofd van de sociotherapie werkte binnen het woonhuis als uiteindelijke verantwoordelijke over het woonhuis onder het gezag van de verpleegkundig-directeur.<sup>144</sup>

De patiënten brachten, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben kunnen zien, het grootste gedeelte van hun tijd door in het woonhuis, waarbinnen de sociotherapeuten verantwoordelijk waren voor de gang van zaken.<sup>145</sup> In de periode 1973-1974 werd geprobeerd de ideologische verschillen tussen de sociotherapeuten en de op te lossen door een andere interpretatie van de double treatment. Zoals we eerder zagen hielden de beleidspsychiater en de psychotherapeuten zich bezig met de emotionele verwerking van de individuele problemen van de patiënten, zonder rechtstreeks bezig te zijn met het reguleren van gedragingen van de patiënt buiten het psychotherapie – uur. In de nieuwe situatie zouden de psychotherapeuten ook betrokken raken bij beleidsbeslissingen en eveneens “vuile handen” krijgen. Dit betekende dat de psychotherapeuten nu ook betrokken raakten bij de ondersteuning van de patiënten.<sup>146</sup>

#### *Het nieuwe model als reactie op het verlies aan verantwoordelijkheden bij de sociotherapeuten*

Uit het jaarverslag van 1973-1974 is op te maken dat het verlies aan functie bij de sociotherapeuten leidde tot een inventarisatie en uiteindelijk vier taken voor de sociotherapeuten; een omgangstaak een verpleegkundige taak, een administratieve taak en een bewakende taak. Uit de omschrijving die wordt gegeven van de omgangstaak, de verpleegkundige taak, de administratieve taak en de bewakende taak blijkt dat de sociotherapeut weer zouden moeten gaan fungeren als autoriteitspersoon, hoewel er steeds meer werd geappelleerd op de zelfregulerende werking van de groep en in de algemene invloed van het sociale systeem. Van belang voor dit onderzoek zijn vooral de omgangstaak en de bewakende taak, aangezien deze taken zich voornamelijk toespitsten op de toegenomen permissiviteit en verantwoordelijkheid. Een van de taken die hoorde bij de omgangstaak was dat de sociotherapeut zich bezighield met de normverschuivingen en het al dan niet nakomen van afspraken die golden binnen de leefgemeenschap. In het kader van het verbeteren van gebrekkige sociale aanpassing zou de sociotherapeut zich meer bezig moeten gaan houden met het geven van feedback op gedragingen van individuele patiënten en patiëntengroepen en hield hij zich bezig met het voeren van individuele gesprekken om patiënten te helpen over

---

<sup>144</sup> Ibidem 7

<sup>145</sup> Beschrijvingsbrief 1968 3

<sup>146</sup> Jaarverslag 1973-1974

drempels te komen, zodat de individuele problemen makkelijker bespreekbaar werden in de diverse groepen. Met betrekking tot de bewakende taak hield de sociotherapeut zich bezig met het signaleren van afwijkingen van het huis regelement en het toezicht houden op gebouwen en apparatuur. Deze taak moest invulling geven aan de toegenomen verantwoordelijkheden die de patiënten kregen toebedeeld. Uit de reactie van de directie van de St. Willibrord op het beleid van de stafleden binnen de Oosthoek, blijkt dat er vanaf 1974 een einde werd gemaakt aan de verre overdracht van verantwoordelijkheden en de extreme permissiviteit. In feite draaide de directie van de St. Willibrord de klok weer een stuk terug naar de situatie zoals deze bestond in de begin fase van de oprichting van de Oosthoek in de jaren '60. In het jaarverslag 1973-1974 wordt vermeld dat de door de Oosthoek gewenste regelingen die bekrachtigd moesten worden door de chef de Clinique van de Oosthoek, voortaan eerst aan de directie van de St. Willibrord moesten worden voorgelegd. De directie probeerde op deze manier invloed uit te oefenen op de gang van zaken in de Oosthoek. De benoeming van alle medewerkers gebeurde op voordracht van de Chef de Clinique na overleg met de hoofden van de verschillende afdelingen. Alle directieven verliepen via de chef de Clinique, dit werd besloten om er voor te zorgen dat de andere afdelingen geen invloed konden uitoefenen op het beleid binnen het woonhuis.<sup>147</sup>

---

<sup>147</sup> *Jaarverslag 197-1974* 15-17

## **Conclusie.**

Samenvattend kan gesteld worden dat er een lange sociotherapeutische en psychotherapeutische trend bestond van het geven van verantwoordelijkheden aan patiënten en vrije expressie. De oprichting van de therapeutische gemeenschap in de jaren '60 paste binnen deze trend, echter, het sociotherapeutische gedachtegoed maakte onder invloed van de cultuurkritiek van de eind jaren '60 en jaren '70 een radicalisering door. De radicalisering uitte zich in het ideaal van verandering, in het geval van de psychiatrie was dit het toegankelijker maken van de psychiatrische inrichting doormiddel van meer inspraak. Dit zou de patiënt helpen bij het verbeteren van zijn maatschappelijke aanpassing. Hoewel het sociale milieu tijdens de jaren '70 binnen de Oosthoek afweek van de situatie buiten het gesticht, dient te worden vermeldt dat de therapeutische gemeenschap niet kon worden gezien als een ideologische geïnspireerde ideale samenleving die moest dienen als voorbeeld voor een maatschappelijke hervorming van de maatschappij. De psychotherapeuten en de directie van de St. Willibrord deelden namelijk dezelfde doelen, namelijk het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing. De middelen daartoe verschilden echter en het idee van realiteitsconfrontatie werd door de sociotherapeuten en de directie anders opgevat dan de psychotherapeuten.

De psychotherapeuten stelden dat wanneer verantwoordelijkheden werden overgedragen aan de patiënten, zij op deze manier leerden om te gaan met verantwoordelijkheden. De patiënt zou tot de orde worden geroepen door de patiëntengroep indien hij niet conformeerde aan de ongeschreven regels van de therapeutische gemeenschap. De patiënten werden op deze manier geconfronteerd met hun eigen gedrag. De therapeuten kregen op deze manier ook beter inzicht in de problematiek van de patiënten. De directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten verschilden met de psychotherapeuten van mening ten aanzien van het realiteitsprincipe. Zij waren van mening dat door de radicale overdracht van verantwoordelijkheden en permissiviteit de patiënten na hun ontslag niet zouden weten hoe ze zich in de maatschappij zouden moeten aanpassen.

Zoals we zagen gingen de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord niet mee in de laatste stap tot volledige overdracht van verantwoordelijkheden naar de patiënten, omdat de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten door de situatie een eigen taak dreigden te verliezen. De sociotherapeuten verloren hun autoriteit over de patiënten en hun taak bij maatschappelijk ondersteuning, aangezien er werd uitgegaan van de zelfregulerende werking

van de groep. We zagen dat de democratisering de hiërarchische organisatiestructuur aantastte, zowel intern als extern, waardoor ook het moeder-instituut in het geweer kwam. Democratisering betekende decentralisatie, waardoor de directie haar autoriteit over de Oosthoek dreigde te verliezen. Het conflict dat binnen de Oosthoek ontstond tussen de psychotherapeuten, de directie van de St. Willibrord en de sociotherapeuten, moet in termen van een conflict om macht en verantwoordelijkheden worden gezien, dat voor een deel werden gedragen door de ideologische verschillen die er bestonden.

## **Eindconclusie.**

*De therapeutische gemeenschap en het emancipatoire karakter van het sociale model; breuk of continuïteit?*

Het emancipatoire karakter van de therapeutische gemeenschap waarin de patiënten vanaf de jaren '70 zelf verantwoordelijk waren voor het reilen en zeilen binnen een patiënten gemeenschap, wordt door historici gezien als een breuk met de traditionele gestichtspsychiatrie, die samenhang met een aanval op het medische model. De aanname dat de therapeutische gemeenschap een breuk vormde met de gestichtspsychiatrie, is op het eerste gezicht terecht. Het sociotherapeutische gedachtegoed dat het uitgangspunt vormde van de therapeutische gemeenschap, ging uit van het idee dat omgevingsfactoren een rol konden spelen bij het ontstaan van geestesziekten en dat diezelfde omgevingsfactoren, ofwel de sociale interactie binnen een patiëntengroep, een positieve werking konden hebben op het herstel van de patiënt.

Het sociotherapeutische gedachtegoed maakte onder invloed van de democratiseringstendens en pleidooi voor meer gedragsvrijheid tijdens de jaren '60 een radicalisering door in de vorm van de zelfregulerende werking van de groep, hierdoor kon het door de kritische psychiatrie beschouwd worden als alternatief voor het medische model en vond de therapeutische gemeenschap tevens aansluiting bij de cultuurkritiek van de eind jaren '60 en jaren '70 die de gestichtspsychiatrie als onderdrukkend bestempelde.

Het emancipatoire karakter van de therapeutische gemeenschap wordt duidelijk als we kijken naar de wortels van de therapeutische gemeenschap en haar uitgangspunten.

*De wortels van de therapeutische gemeenschap en het emancipatoire karakter de therapeutische gemeenschap*

De Engelse psychiater Maxwell Jones, ontwikkelde tijdens de Tweede Wereldoorlog de therapeutische gemeenschap, om het legerpersoneel, dat als gevolg van de traumatische gebeurtenissen aan het front aan zenuwzinkingen leed, weer actief te laten betrekken in de samenleving. De omstandigheden als gevolg van de Tweede Wereldoorlog zorgden er voor dat grote groepen patiënten uit verschillende sociale milieus op eenzelfde afdeling werden behandeld. Dit zorgde voor een egalitaire situatie binnen de patiëntengroep. Maxwell Jones ontdekte dat de groepsdynamiek die ontstond een afspiegeling was van de manier waarop de patiënten buiten de therapeutische gemeenschap met elkaar omgingen. Patiënten konden

vrijelijk en ongedwongen over hun problemen praten. Doormiddel van het communiceren en het aangaan van contacten met medepatiënten kreeg de patiënt inzicht in zijn eigen problematiek. Het sociale milieu had dus een duidelijk therapeutische werking. Het idee was dat het sociale milieu, ofwel de patiëntengroep, zelfregulerend zou optreden en de patiënt tot de orde zou roepen als hij zich niet aanpaste aan de ongeschreven regels van de patiëntengroep. De behandelaars zouden om deze reden zo weinig mogelijk op de voorgrond moeten treden. Het was de bedoeling dat de patiënt doormiddel van een permissief klimaat werd geconfronteerd met de gevolgen van zijn eigen gedrag en de consequenties zou gaan inzien van zijn eigen gedrag. De patiënt leerde op deze manier verantwoordelijkheid te dragen voor de groep. Dit gold tevens voor het idee van democratisering. De patiënten werden gestimuleerd zelf zorg te dragen voor het groepsbeleid. De elementen van eigen verantwoordelijkheid, democratisering en gedragsvrijheid die de therapeutische gemeenschap karakteriseerden, sloten naadloos aan bij de cultuur kritiek van de jaren zestig, die gekenmerkt werd door de drang die er van uit de samenleving bestond voor meer inspraak, individuele vrijheid en de mogelijkheid tot zelfontplooiing. Er vond om deze reden een heropleving van de therapeutische gemeenschap plaats tijdens de jaren '60. De vraag is echter of deze thema's al eerder aanwezig waren binnen de gestichtspsychiatrie.

*Paradigmawisseling tijdens het interbellum. Geleidelijke zelfontplooiing als uitwerking van sociotherapeutische ideeën*

Tijdens het interbellum voltrok zich namelijk een paradigmawisseling van een natuurwetenschappelijke psychiatrie naar een psychiatrie die aandacht besteedde aan de sociale factoren en de subjectieve beleving van de patiënt. Psychische aandoeningen hadden sociale en psychologische achtergronden, zo stelde men nu. De psychoanalyse benadrukte de omgevingsfactoren die konden leiden tot psychische aandoeningen, zoals een opgedrongen moraal die tot neurotische aandoeningen kon leiden. Er vond om deze reden tijdens het interbellum een verschuiving plaats binnen de psychiatrie van een psychiatrie die gericht was op het specifiek medisch behandelen van de patiënt naar een psychiatrie die de nadruk legde op het begrijpen van het gedrag en de beleving van de patiënt. Er werd kennis genomen van de problematiek van de patiënt door naar de patiënt te luisteren en het gedrag van de patiënten te begrijpen. Kenmerkend voor de psychotherapie en een van de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap, was de verbale uitwisseling en het onderling kennismaken van de aard van de problematiek van de patiënt. Dit laatste aspect was in het bijzonder typerend voor de fenomenologische psychiatrie. We zagen onder invloed van de

geesteswetenschappelijke inzichten als de fenomenologie, dat psychiaters tot het inzicht kwamen dat de patiënt doormiddel van het ziek-zijn uitdrukte dat hij in moeilijkheid verkeerde, moeilijkheden die moesten begrepen worden in hun sociale context. Men kwam tot het inzicht dat het probleem van de patiënt school in een gebroken of gestoorde relatie van de patiënt tot zijn omgeving en de manier waarop de patiënt werd bejegend door het sociale milieu.

De paradigmawisseling vanaf de jaren '30 van de vorige eeuw wordt voor een deel bijvoorbeeld zichtbaar in Stärcke's interpretatie van de actievere therapie. De actievere therapie vormde om te beginnen een breuk met de biologische benadering van de psychiatrie, aangezien de nadruk kwam te liggen op de invloed van het sociale milieu op het gedrag van de patiënt. De nadruk lag echter tot aan de jaren '30 van de vorige eeuw nog op het opvoeden van de patiënt doormiddel van arbeid, ofwel conditionering. Stärcke was een psychoanalytisch georiënteerde psychiater die tot het inzicht kwam dat de manier waarop de patiënten door anderen werd bejegend, invloed had op het gedrag van de patiënt. Stärcke achtte het contact met de omgeving belangrijker dan de impliciete eis tot arbeid en conditionering. De groepsactiviteiten waren er binnen Stärcke's interpretatie veel meer op gericht om bij de patiënten een verantwoordelijkheidsgevoel aan te kweken ten aanzien van de groep.

Tijdens het interbellum was er onder invloed van de psychoanalyse en de geesteswetenschappelijke psychiatrie, duidelijk een verschuiving zichtbaar naar een opvoeding tot een groter verantwoordelijkheid bij de patiënt waar te nemen. Er kwam aandacht voor de sociale achtergronden van geestesziekten en tevens kwam men tot het inzicht dat er een positieve werking uitging van de sociale omgeving op het gedrag van de patiënt. Doormiddel van het aangaan van contacten werd de gemeenschapszin en de individuele verantwoordelijkheid bevorderd. Deze ideeën werden in de jaren '50 verder uitgewerkt.

### *Communicatie en geleide zelfontplooiing tijdens de jaren '50*

In de jaren '50 zagen we dat vernieuwde inzichten binnen de gestichtspychiatrie, waaronder ook binnen de St. Willibrord, tot therapievormen hebben geleid waarbij de patiënt doormiddel van het aangaan van contacten inzicht zou moeten krijgen in zijn problematiek en het verantwoordelijkheidsgevoel werd gestimuleerd zodat de patiënt leerde rekening te houden met de ander. De nadruk kwam sterk te liggen op communicatie, waardoor de patiënt uiting kon geven aan zijn problematiek, en waardoor bij de patiënt het verantwoordelijkheidsgevoel doelbewust gestimuleerd werd, zoals het geval was in de jaren '50 door Carp ontwikkelde sociotherapie.

In de sociotherapie lag de nadruk op de ontplooiing van de persoonlijkheid van de patiënten en het aangaan van contacten met andere mensen. De sociotherapie was er op gericht de patiënt te ondersteunen bij zijn gebrekkige maatschappelijke aanpassing die werd veroorzaakt door een communicatiestoornis van de patiënt met zijn omgeving. Patiënten werd de mogelijkheid gegeven hun gevoelens de vrije loop te laten gaan en er werd gesproken over hun problematiek door ze thema's aan te reiken zoals schaamte of ontmoediging. De patiënten kregen op deze manier inzicht in hun eigen problematiek. Daarnaast werd de patiënten geleerd zelfstandig te functioneren binnen een patiëntengroep door de patiënten medeverantwoordelijkheid te geven in de vorm van zaalraden. Bij Van der Drift in Wolfheze zagen we dat de zaalraden, die onderdeel uit maakten van de heropvoedingstherapie, in het teken stonden van de eigen verantwoordelijkheid en de erkenning van de waardigheid van de individuele persoon. Straffen en sancties maakten ook onderdeel uit van deze behandeling. Patiënten zouden verantwoordelijk moeten worden gehouden voor hun gedrag. Het niet verantwoordelijk stellen van het gedrag van de ander zou als een vorm van negeren worden gezien. Doormiddel van de zaalraden werden de patiënten verantwoordelijk gesteld voor de dagelijkse gang van zaken zoals het corvee en de orde op de zaal.

Met de komst van Vaessen zagen een eenzelfde ontwikkeling binnen de St. Willibrord zagen we eenzelfde ontwikkeling. Met de komst van Vaessen in St. Willibrord. Er werden therapievormen ontwikkeld waarbij de patiënt uiting kon geven aan zijn problematiek, zoals via de creatieve therapie. Hierdoor konden moeilijk te bereiken patiënten als psychotici uiting geven aan hun problematiek. De nadruk lag daarnaast binnen de St. Willibrord op de therapeutische werking van de groep. De groepstherapieën waren er op gericht dat de patiënten doormiddel van het aangaan van contacten. inzicht zouden krijgen in hun



problematiek. Hierdoor konden zij werken aan zijn eigen problematiek en zich ontplooiën. Tevens leerde de patiënt zorg te dragen voor de andere patiënten. De sociotherapie had binnen St. Willibrord ook het karakter van ondersteuning van gebrekkige maatschappelijke aanpassing. De patiënt leerde doormiddel van de groep inzicht te krijgen in zijn eigen problematiek door bijvoorbeeld het gezond zijn van de andere patiënt te accepteren waardoor hij tot het inzicht kwam dat zijn eigen gedrag ongepast was.

*Belangrijke voorlopers van de therapeutische gemeenschap in de jaren '50;  
Gemeenschapszin, zelfontplooiing en geleide realiteitsconfrontatie.*

In de jaren '50 zagen we de oprichting van belangrijke voorlopers van de therapeutische gemeenschappen in Nederland. In de therapievormen die daar werden gegeven kwamen belangrijke kernthema's van de therapeutische gemeenschap zoals deze zich in de jaren '60 ontwikkelden naar voren. Te denken valt aan verantwoordelijkheid in de vorm van inspraak - hoewel dit in de jaren '50 nog op bescheiden schaal was - zelfontplooiing, vrije expressie en een vermindering van hiërarchische patronen. We zagen binnen therapeutische gemeenschap Austerlitz, die te boek staat als de eerste therapeutische gemeenschap in Nederland, dat de vrijheid die er bestond, er op gericht was de patiënt te confronteren met de realiteit. Het idee was dat de patiënten op deze manier de gevolgen van hun eigen gedrag zouden gaan inzien.

Realiteitsconfrontatie was ook een van de uitgangspunten van de door Arendsen Hein opgerichte reclasseringsmaatschappij Groot Batelaar. Er werd tot op zekere hoogte ook uit gegaan van de zelfregulerende werking van de groep. Het idee was dat de patiënten zich doormiddel van de druk van de groep zouden houden aan de ongeschreven regels van de patiënten gemeenschap. Hoewel de patiënten konden experimenteren met verschillende gedragingen, werden de patiënten doormiddel van regels en sancties tot de orde geroepen. De vrijheid die op Groot Batelaar bestond was niet onbegrensd. Het ging om het behandelen van gebrekkige maatschappelijke aanpassing en om deze reden mocht het gedrag binnen Groot Batelaar niet al te sterk afwijken van de situatie daarbuiten. De inspraak binnen Groot Batelaar, in de vorm van community meetings, was er op gericht de patiënten zich te laten aanpassen aan de regels van de groep, doordat de patiënten verantwoordelijk werden gesteld voor het opstellen van sancties om wangedrag te bestraffen.

Als conclusie kan over de ontwikkelingen in de jaren '50 worden gesteld dat er in de psychiatrie een geleidelijke verschuiving is waar te nemen, waar aanvankelijk de nadruk lag op aanpassing aan de gestichtsgemeenschap, naar geleide zelfontplooiing. Een van de

uitgangspunten van de sociotherapie zoals we eerder bij Carp zagen en de sociotherapie binnen de St. Willibrord, was dat er doormiddel van het vrijelijk uiten van de gevoelens conflicten aan het licht werden gebracht waarover vervolgens gesproken kon worden. De patiënten kregen op deze manier inzicht in hun eigen problematiek. Bij Carp kregen de patiënten thema's als 'schaamte' of 'ontmoediging' aangereikt en binnen St. Willibrord kregen de patiënten thema's als het accepteren van het gezond-zijn van de ander en de behandeling tegen de wil van de patiënt, aangereikt. Hieruit blijkt dat er werd gesproken over gedragingen die voorheen werden gezien als afwijkend. Er kwam geleidelijk meer gedragsvrijheid. Het idee van gedragsvrijheid, dat normaal gesproken wordt geassocieerd met de cultuurkritiek van de 'jaren 60, was voor een deel dus al zichtbaar in de jaren '50. Gedragsvrijheid stond in het teken van realiteitsconfrontatie. De patiënt leerde op deze manier de consequenties van zijn gedrag inzien.

De realiteitsconfrontatie bestond echter nog wel uit het simuleren van de situatie zoals deze bestond buiten het gesticht, ofwel de maatschappij, waar binnen ook regels golden. Binnen Groot Batelaar ging het echter nog om geleide vrijheid. Er was de mogelijkheid om te experimenteren met verschillende gedragingen, binnen de kaders van het toelaatbare. Hier zagen we dat de overdracht van verantwoordelijkheden in het kader stond van het zo goed mogelijk laten verlopen van de dagelijkse gang van zaken binnen de kliniek. Zo werden de patiënten betrokken bij het opstellen van de regels en sancties. De verantwoordelijkheid die patiënten kregen was gericht op het rekening houden met de andere patiënten binnen de leefgemeenschap.

### *De jaren 60; Het stimuleren van de gemeenschapszin door de overdracht van verantwoordelijkheden*

Als we vervolgens onze blik werpen op de jaren '60, dan zien we dat de patiënten nog steeds ondersteund werden bij hun maatschappelijke aanpassing, hoewel er toch ook sterk uit werd gegaan van de zelfregulerende werking van het sociale milieu. Dat er werd uitgegaan van het sociale milieu, blijkt uit de intenties waarmee de Oosthoek is opgericht. De Oosthoek werd in 1966 opgericht als therapeutische gemeenschap. Voor neurose patiënten bestonden nog geen aparte voorzieningen en deze groep patiënten vereisten een behandeling die uitging van het inzicht dat sociale omstandigheden een rol konden spelen bij de totstandkoming van de klachten van licht psychiatrische patiënten. Diezelfde sociale omstandigheden konden ook een positieve uitwerking hebben op het gedrag van deze patiënten. Er werd om deze reden

gekozen voor groepstherapie op psychotherapeutische basis aangezien het hier om een categorie patiënten ging die zich zonder problemen verbaal konden uiten.

In de jaren '60 werden de patiënten binnen de Oosthoek nog ondersteund doormiddel van regels en door de sociotherapeuten. De sociotherapie binnen de Oosthoek had betrekking op de gemeenschapszin. De patiënten werden betrokken bij de planning in het woonhuis en het therapie programma en zagen er in de groepsraden op toe dat het tot een goed beheer kwam van de faciliteiten in het woonhuis. De patiënt werd voorbereid op zijn terugkeer naar de maatschappij. Dit begon met resocialisatie in het woonhuis als voorbereiding op terugkeer in de maatschappij.

*Therapeutische laissez-fair; Maatschappelijke aanpassing en realiteitsconfrontatie door de zelfregulerende werking van het sociale milieu*

Tot 1970 hadden de behandelaars in de Oosthoek nog veel informele macht. De behandelaars namen deel aan de verschillende raden en beïnvloedden de patiënten op informele wijze. De behandelaars kwamen op een gegeven moment tot het inzicht dat zij hierdoor ongewenst de afhankelijkheidsdrang van de patiënten stimuleerden. De patiënten waren bang zelf beslissingen te nemen en leunden daarom sterk op de informele macht van de behandelaars. Daarnaast bestond het idee dat de situatie binnen de Oosthoek een afspiegeling moest zijn van de maatschappij buiten het gesticht waarbinnen ook regels golden. De sociotherapeuten traden om deze reden op als autoriteitsfiguren die de patiënten begeleidde bij hun maatschappelijke aanpassing. Gaandeweg werd echter binnen de Oosthoek steeds meer geappelleerd op de zelfregulerende werking van de patiëntengroep: dus verregaande overdracht van verantwoordelijkheid en een zeer grote permissiviteit. Er was op enig moment echt sprake van therapeutische laissez-faire.

Het sociotherapeutische gedachtegoed maakte echter onder invloed van de cultuurkritiek van de jaren '70 een radicalisering door in de vorm van de zelfregulerende werking van de groep. Tot aan de jaren '60 bestond nog het idee dat de gestichtsmaatschappij niet al te veel moest afwijken van de situatie daarbuiten. Een grote rol was hierbij weggelegd voor de sociotherapeuten die de patiënten ondersteunden bij hun maatschappelijke aanpassing. Doormiddel van regels en geboden, zouden de patiënten tot de orde moeten worden geroepen. Degene die zich niet aan de regels hield, werd als 'ziek' bestempeld. Gedurende de jaren '70 ontstond onder invloed van de cultuurkritiek en de kritische psychiatrie, het idee dat een opgedrongen moraal juist voor allerlei problemen kon zorgen. Waar in eerste instantie de

realiteit werd voorgehouden door de sociotherapeuten, zou de patiënt nu zijn eigen boontjes doppen.

De behandelaars zagen in dat de invloed van de behandelaars op het therapieprogramma er voor zorgde dat de patiënten niet in staat werden gesteld hun eigen problemen zelf op te lossen om dat ze de oplossingen door de behandelaars kregen aangeboden. Er werd daarom uitgegaan van het principe van non-directiviteit en het realiteitsprincipe. Het principe van de non-directiviteit hield in dat er zo weinig mogelijk door de behandelaars werd ingegrepen in het leefmilieu van de patiënten. Het realiteitsprincipe, dat in eerste instantie werd verstaan als de patiënten te laten confronteren met de situatie buiten het gesticht door een situatie te creëren die leek op de situatie buiten het gesticht, kreeg vanaf 1970 een andere betekenis. Het realiteitsprincipe was niet meer gericht op maatschappelijke aanpassing, maar op het aan het licht laten brengen van conflicten. Het aan het licht brengen van conflicten werd bewerkstelligd door een zeer grote permissiviteit. Het idee was dat door een afhoudende houding van de behandelaars, de patiënten met hun neus op de feiten zouden worden gedrukt en de consequenties van hun eigen gedrag zouden gaan inzien. Zij zouden gaan inzien dat hun slechte gedrag gevolgen had voor het ordelijk verloop van een patiënten gemeenschap. Het doel van non-directiviteit en het realiteitsprincipe was het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing, hoewel maatschappelijke aanpassing nu doormiddel van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep geleerd zou moeten geschieden. De patiënten gemeenschap werd door de patiënten zelf bestuurd doormiddel van een groepsraad die uit de afgevaardigden bestond van de verschillende sociogroepen. We zagen dat de patiënten de verantwoordelijkheden gedelegeerd kregen over een aantal zaken, namelijk de verantwoordelijkheid over het handhaven van de huisregels en het doen van voorstellen tot de wijziging van de huisregels, het beheer van sport – en spelmateriaal, het beheer van gereedschappen en de verzorging van corvee. Er bestonden daarnaast geen verplichtingen. Als de corvee het liet afweten omdat het werk werd overgelaten aan anderen, dan was het gevolg dat er 's-avonds geen eten op tafel kwam. De patiënten zouden door de patiëntengroep op hun slechte gedrag worden gewezen en de consequenties van hun gedrag onder ogen zien.

De toenemende permissiviteit en inspraak zorgden er echter voor dat de sociotherapeuten en de directie enerzijds en de psychotherapeuten anderzijds steeds meer van mening verschilden over de manier waarop verantwoordelijkheden werd overgedragen aan de patiënten en de mate van ondersteuning van de patiënten. Na hun ontslag zouden de patiënten volgens de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord niet weten hoe ze zich in de maatschappij zouden moeten aanpassen aangezien de situatie binnen de Oosthoek sterk afweek van de situatie buiten de kliniek. Aan de ene kant had je de ideologische verschillen tussen aan de ene kant de psychotherapeuten en aan de andere kant de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord en aan de andere kant speelde zich een beroepstrijd af om macht en verantwoordelijkheden. Zowel de psychotherapeuten als de sociotherapeuten en de directie van de St. Willibrord hadden als doelstelling het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing.

Door de situatie van laissez-faire en complete overdracht van verantwoordelijkheden naar de patiënten toe bleek de taak van de sociotherapeuten overbodig. De verdergaande democratisering zorgde er tevens voor dat de directie van de St. Willibrord haar invloed over de Oosthoek dreigde te verliezen. Anders dan wel werd gedacht, deed er zich tijdens de jaren '70 geen complete radicale breuk in de jaren '70. Er werd voortgebouwd op een langere sociotherapeutische en psychotherapeutische trend van het geven van verantwoordelijkheden aan patiënten die onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen van de jaren '70 tot op zekere hoogte een radicalisering onderging. De directie van de St. Willibrord, de sociotherapeuten en de psychotherapeuten deelden dezelfde doelen, namelijk het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing, er bestond echter een verschil van mening ten aanzien van de middelen die zou moeten worden gebruikt om dit doel te bereiken.

## Nabeschuwing

In de literatuur wordt de therapeutische gemeenschap gezien als een breuk met de gestichtspsychiatrie. Door de therapeutische gemeenschap in een historische context te plaatsen, is er echter een socio – en psychotherapeutische trend zichtbaar van het geven van verantwoordelijkheden aan patiënten, waarbij het belang van de therapeutische werking van het sociale milieu een grote rol speelde op het herstel van de patiënt. Gedragsvrijheid en de overdracht van verantwoordelijkheden aan de patiënt, die als kenmerken worden gezien van de therapeutische gemeenschap, worden in de literatuur vaak gekoppeld aan de cultuurkritiek van de jaren '60 en '70 en worden tevens als breuk gezien met de gestichtspsychiatrie. In de literatuur over de therapeutische gemeenschap in Nederland, staan vaak de conflicten centraal die ontstonden tussen de directie van de gestichten en de therapeutische gemeenschappen als gevolg van de radicale overdracht van verantwoordelijkheden en permissiviteit.

Dit conflict wordt vaak in de context van de cultuurkritiek van de jaren '70 gezien. Een van de therapeutische gemeenschappen waarbinnen zich eenzelfde conflict voordeed was De Oosthoek te Limmen, dat onderdeel uitmaakte van psychiatrisch ziekenhuis St. Willibrord. De reden dat dit conflict in de literatuur vaak in verband wordt gebracht met de cultuurkritiek is dat de kritische psychiaters pleitte onder invloed van de drang naar inspraak en gedragsvrijheid die de jaren '60 kenmerkten, voor een hervorming van de psychiatrische inrichting waarvoor de therapeutische gemeenschap als voorbeeld kon dienen. De eerder genoemde kenmerken van de therapeutische gemeenschap waren echter in beperkte mate eerder binnen de gestichtspsychiatrie aanwezig, maar maakten onder invloed van de drang tot inspraak en gedragsvrijheid die de jaren '70 kenmerkten een radicalisering door in de vorm van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep, waarbij de patiënten nu zelf door de groep ter verantwoording zouden worden geroepen.

Hoewel de directieleden van de St. Willibrord en de therapeuten binnen de Oosthoek van mening verschilden ten aanzien van de mate van gedragsvrijheid en inspraak, deelden ze beiden wel dezelfde doelen, namelijk het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing. De middelen daartoe verschilden echter. Het idee van de zelfregulerende werking van de groep had tot doel het verbeteren van gebrekkige maatschappelijke aanpassing. De patiënt leerde verantwoordelijkheid te dragen binnen een patiëntengroep doordat de realiteit hem door de patiëntengroep voortdurend onder ogen werd gehouden. Permissiviteit en eigen verantwoordelijkheid hadden daadwerkelijk een therapeutisch nut. Het was niet zo dat de

voorstanders van een radicale overdracht van verantwoordelijkheden een alternatieve leefgemeenschap voor ogen hadden die als voorbeeld moest dienen voor een vernieuwde samenleving.

Het idee dat het groepsproces een positieve werking had op het gedrag van de patiënt en het de patiënt hielp bij zijn gebrekkige maatschappelijke aanpassing, kent een lang traditie binnen de gestichtopsychiatrie. Cruciaal voor het ontstaan van een sociotherapeutische en psychotherapeutische trend binnen de psychiatrie, was het paradigma wisseling dat zich tijdens het interbellum voltrok van een natuurwetenschappelijke psychiatrie naar een geesteswetenschappelijke psychiatrie die aandacht besteedde aan de subjectieve belevingswereld van de patiënt en de sociale factoren die een rol konden spelen bij het ontstaan van geestesziekten. Het sociale milieu kon tevens in de vorm van de patiëntengroep een positieve werking uitoefenen op het herstel van de patiënt. De natuurwetenschappelijke psychiatrie legt de nadruk op het verklaren van geestesziekten terwijl een geesteswetenschappelijke invalshoek veel meer de nadruk legde op het begrijpen van de patiënten. De psychoanalyse en de fenomenologie als belangrijke vertegenwoordigers van deze geesteswetenschappelijke stroming, zorgde er voor dat er naar het verhaal van de patiënt werd geluisterd en er rekening met hem werd gehouden

Dit was voor een deel al waar te nemen bij therapievormen tijdens het interbellum zoals Stärcke's interpretatie van de actievere therapie. De psychoanalytisch geïnspireerde psychiater August Stärcke, meende dat geestesziekten werden veroorzaakt door de manier waarop de patiënt door zijn omgeving werd bejegend en de manier waarop de patiënt reageerde op zijn omgeving. Stärcke kwam tot de conclusie dat geestesziekten werden veroorzaakt door een communicatiestoornis van de patiënt tot zijn omgeving. Er moest om deze reden rekening worden gehouden met de mogelijkheden van de patiënt.

Onder invloed van de psychoanalyse en de fenomenologie werden er vanaf de jaren '50 therapieën ontwikkeld zoals in Wolfheze onder leiding van Van der Drift, waarbij rekening werd gehouden met de subjectieve beleving van de patiënt. Het rekening houden met de subjectieve beleving leidde er in de jaren '50 toe dat de patiënt voor het eerst echt serieus werd genomen en verantwoordelijk werd gesteld voor zijn daden. Er werd tevens geluisterd naar het verhaal van de patiënt. Doormiddel van het aangaan van contacten binnen een sociale groep leerde de patiënt zorg te dragen voor zijn omgeving en tevens zorgde communicatie

ervoor dat de patiënt inzicht kreeg in zijn problematiek, de patiënt kon zich hierdoor ontplooien.

Hoewel het in de jaren '50 nog om geleide zelfontplooiing ging, werden er in de jaren '50 al wel therapievormen ontwikkeld waarvan verondersteld kan worden dat zij als belangrijke voorlopers kunnen worden gezien van de therapeutische gemeenschappen zoals deze zich in de jaren '70 hadden ontwikkeld. De therapeutische gemeenschappen die in de jaren '50 in Nederland werden gesticht naar Engels voorbeeld, zoals militair neurosehospitaal Austerlitz onder leiding van Wim Meyering, kenmerkten zich door hun democratische inslag en permissiviteit. Die permissiviteit zou er voor moeten zorgen dat de patiënten leerden hun eigen verantwoordelijkheden te nemen en de consequenties van hun eigen gedragingen zouden gaan inzien. Dit was ook te zien binnen de door Carp ontwikkelde sociotherapie en op Groot Batelaar onder leiding van Arendsen Hein, waarin de patiënten meebeslisten ten aanzien van de straffen die werden gegeven bij wangedrag. De patiënten konden ook meebeslissen over de manier waarop het dagprogramma werd ingedeeld.

In de jaren '50 en '60 werden de patiënten echter nog ondersteund bij hun maatschappelijke aanpassing en golden er regels en geboden die de patiënten tot de orde zouden moeten roepen. Het gestichtsmilieu was gericht op maatschappelijke aanpassing en de situatie moest om deze reden niet teveel afwijken van de situatie daarbuiten. Onder invloed van de vernieuwingsdrang en pleidooi voor een grotere gedragsvrijheid en inspraak van de jaren '70 kwamen de behandelaars binnen de Oosthoek tot het inzicht dat juist een opgedrongen moraal voor allerlei problemen kon zorgen. De patiënten zouden zelf hun boontjes moeten doppen. Het idee was dat de patiënten geconfronteerd zouden worden met hun eigen gedrag en de consequenties zouden gaan inzien van hun gedrag. Waar voorheen de patiënten de realiteit doormiddel van regels werd voorgehouden aan de hand van een autoriteitsfiguur, zou in de situatie van de zelfregulerende werking van de patiëntengroep een autoriteitsfiguur optreden vanuit de patiëntengroep.

De sociotherapeuten hielden zich voorheen bezig met het verplegen van gebrekkige maatschappelijke aanpassing, de nadruk kwam vanaf de jaren '70 veel meer te liggen op realiteitsconfrontatie en het aan het licht brengen van conflicten, wat voor een deel ook al binnen Austerlitz zichtbaar was en op Groot Batelaar gedurende de jaren '50. Permissiviteit had tot doel de patiënten te doen inzien dat hun slechte gedrag gevolgen had voor het goede functioneren binnen een leefgemeenschap. Het aan het licht brengen van conflicten en het



experimenteren met verschillende gedragingen was van origine een taak van de psychotherapeuten terwijl de sociotherapeuten zich bezighielden met sociale aanpassing. De sociotherapeuten dreigden door de verregaande permissiviteit en overdacht van verantwoordelijkheden een eigen taak te verliezen. Het conflict binnen de therapeutische gemeenschappen en in het bijzonder binnen de Oosthoek, had het karakter van een beroepsstrijd om macht en verantwoordelijkheden en moet veel meer in de context worden gezien van de verschillende uitgangspunten die er bestonden op het gebied van de behandeling van gebrekkige sociale aanpassing.

## Bronnen en Literatuur

Dr. Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis* (Meppel 1969)

Idem, 'Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974) bladzijden, 323-333

Idem, 'De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16 (1974) bladzijden, 86-98

Binneveld, Hans, *Om de Geest van Jan Soldaat, Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie* (Rotterdam 1995)

Blok, Gemma, *Baas in eigen brein, antipsychiatrie in Nederland, 1965-1985* (Haarlem, 2004)

Bakker, Catharina TH. en Leonie de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord – Holland Noord* (Amsterdam, 2002)

Oosterhuis, Harry en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief; Psychiatrie en geestelijk gezondheidszorg in Nederland (1870-2005) deel I en II* (Houten, 2008)

J.B. Janssens, L.H.J. Mestrom & H.J. Schim Van Der Loeff, *Tweede Jaarboek De Vereniging van R.K. Gestichten En Inrichtingen Voor Krankzinnigen En Zwakzinnigen; Verslag betreffende de Psychiatrische Inrichting St. Willibrordus Stichting voor mannelijke Zenuw – en Zielszieken te Heiloo over her jaar 1930* (plaats en jaar van uitgave)

*Aan het bestuur van de Stichting Psychiatrisch Centrum "St. Willibrord" te Heiloo* (Heiloo 1971) onuitgegeven stuk.

Meijering, W.L., *On Community Psychotherapy*, (Utrecht 1955)

*Jaarverslagen de Oosthoek (Heiloo) 1966, 1967-1968*

*Jaarboeken Vereniging van Roomsche Katholieke gestichten en inrichtingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen ('S-Hertogenbosch) 1930, 1947, 1954*

Vijselaar e.a, Joost, *Van streek, 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid\_west Gelderland* (Utrecht, 2007)

