

Jan Foudraine

# Wie is van hout...

Een gang door de psychiatrie

Ambo|Anthos  
Amsterdam

# Inhoud

Voorwoord van Paul Verhaeghe 13

Voorwoord bij de 32ste druk 21

Inleiding 31

## DEEL 1

### Nederland

- 1 De opleiding 45  
Noten en toevoegsel 68
- 2 Walter 71  
Noten 127
- 3 De opleiding (vervolg) 128  
Noten en toevoegsel 145
- 4 Jaap 149  
Noten en toevoegsel 172

## DEEL 2

### Amerika

- 5 Chestnut Lodge 177  
Noten en toevoegsel 187
- 6 Upper Cottage (1) 190  
Noten 210
- 7 Upper Cottage (2) 212  
Noten 239
- 8 Upper Cottage (3) 241  
Noten 263
- 9 De patiënten 265
- 10 Patiënten helpen elkaar 272  
Noten 289
- 11 Bureaucratie en ontmenselijking 291  
Noten en toevoegsel 304
- 12 Claire 312  
Noot 341
- 13 'Chronische schizofrenie' en 'ik-zwakke' 342  
Anekdote 362  
Noten en toevoegsel 363

## DEEL 3

### De levensschool

- 14 Upper Cottage, de levensschool 375  
Noten 392
- 15 De levensschool-theorie 393  
Noten en toevoegsel 409
- 16 De 'medische' psychiatrie 417  
Noten 427

- 17 Freud, de ‘medische’ psychiatrie en de ‘medische’  
psychoanalyse 428  
Noten en toevoegsel 449
- 18 Uithuilen en opnieuw beginnen 455  
Noten en toevoegsel 462
- 19 Classificatie, vervreemding en ‘secundaire deviantie’ 465  
Noten 483
- 20 De toekomst 485  
Noten 507

Epiloog 509

Dankbetuiging 511

Nawoord 513

Opvang van de psychotische mens 515

Naamregister 531

Zakenregister 537

DEEL 1

## Nederland

Two roads diverged in a wood, and I –  
I took the one less travelled by,  
and that has made all the difference.

Robert Frost

## De opleiding

Je gaat medicijnen studeren en komt daarbij als student in aanraking met de ‘psychiatrie’.

Dat gebeurt meestal in de vorm van colleges, die door professoren of lectoren worden gegeven in de bekende amfitheaters. Soms zijn die colleges begrijpelijk, soms komen ze op de student af als een woordenstroom die hem het gevoel geeft dat hier iets heel diepzinnigs wordt aangereikt (waar hij te dom voor is) óf dat de lector zoveel onzin staat te beweren dat de zin er moeilijk uit te halen valt. Tot de laatste conclusie komt de student helaas zelden.

Vaak worden er tijdens die colleges in de psychiatrie ook mensen ‘gedemonstreerd’. Tijdens de laatste jaren van de medische studie maak je als coassistent stages mee in verschillende klinieken en daar hoort ook bij de stage in de psychiatrische inrichting.

Van mijn coassistententijd weet ik me alleen te herinneren dat ik met stijgende bewondering de dikke boeken doorworstelde, die klinische psychiaters over het probleem der ‘psychosen’ hadden geschreven. Wat de verschillende schrijvers aan kennis van zaken, observaties, fijnzinnige beschrijvingen op papier hadden gezet en de wijze waarop ze deze lardeerden met een grote hoeveelheid diepgaande filosofische beschouwingen en theorievorming, deed mij vaak duizelen en het scheelde niet veel, of ik was ervan overtuigd geraakt dat ik er de culturele achtergrond voor miste en bovendien

van een te beperkte intelligentie was om aan al dit diepzinnige mee te doen.

Als coassistent deed ik mee aan het ‘ophalen van schizofrenen’ van de verschillende afdelingen, die wij dan, gekleed in witte jassen, bij voorkeur op het zonovergoten grasveld, aan de tand voelden over hun wanen, hallucinaties, denkremmingen en verwarringen en wat er nog meer te onderzoeken was. Kortom – wij vroegen hoe het met hun ‘gekheid’ stond, en zij (die dat al eerder hadden meege maakt – je kunt zelfs ‘examen-patiënt’ zijn!) toonden ons hoe gek ze waren! ‘Wat voor stemmen hoort u dan wel, mannelijke of vrouwelijke, hoe zit dat met die achtervolgingsideeën, vertelt u eens – er zit een rij mussen op het dak, ik schiet er met een geweer een dood – hoeveel blijven er over...?’

Zo onderzochten wij de ‘intelligentie’, het ‘gevoelsleven’, de stand van de ‘erotische driften’, we schreven alles op en brachten ons ‘onderzoekmateriaal’ op vriendelijke wijze terug naar zijn of haar afdeling. Dan stortten we ons in een discussie over de ‘diagnose’. Als we niet te maken hadden met iemand die een aantoonbare lichamelijke ziekte had (epilepsie, seniliteit etc.) bogen wij ons over het probleem van het ‘contact’. Hoe was het gevoelscontact? We hadden er geen flauw vermoeden van dat in zo’n situatie toch moeilijk een echt contact, een uitwisseling van gevoelens tot stand kon komen.

We hadden onze technische termen paraat, het ‘defect’, het gebrek aan ‘Austauschaffektivität’, we keken in onze klappers en boeken waar nogal wat etiketten genoemd werden, stelden de diagnose en gingen dan op weg om onze bevindingen mee te delen aan een slaperige assistent (iemand die dus al arts was en zijn stage in zijn opleiding tot psychiater in de inrichting doorbracht) die alles voor de zoveelste maal aanhoorde. Soms wierp deze getergde man zich, in een ogenblik van enthousiasme, in een nog diepzinniger en uitgebreider betoog, dat ons duidelijk moest maken dat wij het probleem der diagnose nog niet onder de knie hadden.

Ik kwam als assistent gedurende de eerste stage van de opleiding tot psychiater in dezelfde inrichting waar ik als coassistent was geweest. Bij mijn verschillende verklarende beschouwingen voor de coassistenten kreeg ik het onaangename gevoel er maar weinig meer van te weten dan zij. Je ontwikkelt in een dergelijke situatie een techniek om pijnlijke vragen op handige wijze uit de weg te gaan.

Zo kwam ik geleidelijk in aanraking met de traditionele psychiatrische inrichting. De witte jassen, de volle zalen (gesloten of open), de directeur van de inrichting die iedere week zijn 'ronde' deed, benevolent bemoedigende woorden sprak, schouderklopjes uitdeelde en de rest van de tijd achter zijn nieuwe eeg-apparaat doorbracht. Hij was geïnteresseerd in de elektro-encefalografie, het afleiden en grafisch zichtbaar maken van de elektrische activiteit van de hersenen. Ik neem aan dat hij op zoek was naar het 'proces', het mysterieuze proces dat afwijkend gedrag (zo afwijkend van de culturele spelregels dat het de naam 'schizofreen' verdient) zou verklaren. Het 'proces' was kennelijk een vorm van lichamelijke ziekte en de stemming die hij creëerde was, dat de ontdekking van dit 'proces' als het ware vlak om de hoek lag.

Ik was in die tijd – via de medische studie – al voldoende geïndoctrineerd om ook in dat 'proces' te geloven. Een aantal mensen had de 'ziekte' die de 'schizofrenie' heette en die werd veroorzaakt door dat 'proces'. Wat dat was kon niemand mij duidelijk maken, maar het vormde de verklaring van het periodiek optreden van een buitengewoon onbegrijpelijk gedrag. Golven van 'schizofrenie' die dan ook een 'Schub' werden genoemd.

Na een hele serie van die 'Schübe' (die dus ook opname noodzakelijk maakten) zakte, zo werd gesuggereerd, iemand geleidelijk meer en meer af, werd steeds minder toegankelijk voor menselijk contact en kwam tot permanente huisvesting in de psychiatrische inrichting. Met het woord 'defectschizofreen' werden deze permanente bewoners nader aangeduid en de indruk die ik kreeg was dat



die 'Schübe' van het 'ziekteproces' een soort van litteken-defect in het menselijk functioneren tot gevolg hadden.

Nu, vijftien jaar later, valt het me op dat deze wijze van denken er bij vele psychiaters nog steeds is.

Als assistent in de psychiatrie deed ik niet veel anders dan lichamelijke ziekten behandelen, gewichtig doen tijdens de dagelijkse ronde en conflicten vermijden met de hoofdzuster. Tranquillizers hadden hun intrede gedaan, ik schreef ze voor, drukte een aantal malen op de knop van een elektroshock-apparaat en hield mij verder bezig met het invullen van opnamestatussen, het afvuren van vragen aan de verbijsterde nieuw-opgenomen 'patiënt', een procedure die gevolgd werd door het invullen van de 'diagnose', een soort naamgeving waar veel psychiaters een grote hoeveelheid energie en tijd aan besteedden. (Bij de elektroshockbehandeling worden twee polen op de slapen van de patiënt gezet en een stroomstoot van enkele milliseconden door de hersenen gevoerd. Van tevoren wordt een narcose gegeven. De patiënt verliest het bewustzijn, het komt soms tot schokkende bewegingen van het lichaam en na enige tijd ontwaakt hij. Er bestaat een volledig herinneringsverlies voor deze elektroshock. Miraculeuze resultaten zijn geboekt bij vormen van zeer zware depressie. Een verklaring heeft men hiervoor niet – theorieën wel.

Bij de insulinekuur wordt door toedienen van kleine hoeveelheden insuline de bloedsuikerspiegel verlaagd en komt de patiënt in een subcomateuze toestand. Hij ontwaakt hieruit wanneer men hem suiker geeft en hij kan dan soms veel beter aanspreekbaar zijn. Dat laatste hangt overigens meer van de psychiater af. Beide 'behandelingen' worden steeds minder gegeven. Zegt men.)

Het advies dat de directeur mij gaf was: 'Zet je oren en ogen maar goed open.' Een goedbedoeld advies, maar gedoemd tot mislukking, want ik wist niet wat ik moest horen en wat ik moest zien. Ik zag en hoorde niet veel anders dan een groot verlies aan menselijke

waardigheid. Het volkomen willekeurig mensen van diagnostische etiketten voorzien, het hanteren van het elektroshock-apparaat en het toedienen van grote hoeveelheden tranquillizers gaven mij geen enkel gevoel van bevrediging. Het ordenen van gedragsfenomenen waarvan ik de zin niet verstond, en het geëngageerd zijn in medische handelingen die mij nooit het gevoel gaven als mens en hulpverlener zinvol werkzaam te zijn, deden de overtuiging bij mij groeien volkomen lukraak bezig te zijn met het opbouwen van een identiteit van psychiater zonder dat aan deze identiteit enige zin-nige inhoud werd gegeven. Ik voelde dat ik automatisch een aan-tal conventionele begrippen volgde en op even slaafse wijze door het stellen van een aantal medische handelingen mij met een psychia-trisch air omgaf.

Ik beschrijf dit alles wat uitvoeriger, opdat het de lezer duidelijk zal worden dat mijn zoeken naar de zin en de betekenis van gedra-gingen die men als 'psychotisch' of 'schizofreen' betitelde, nauw verbonden was met mijn eigen streven naar een zekere mate van au-thenticiteit. Ik wilde de eigen professionele identiteit van psychia-ter van een betekenis voorzien die ik als echt kon ervaren.

Belangrijk was de ontmoeting met een man die iedere dag langs mijn afdeling liep, in blauwe overal en achter een kolenkar. Zijn ge-zicht trof me: fijn gevormd; zijn diagnose: 'schizofrenie met sterke dwangneurotische trekken'. Ik verbleef in de inrichting als 'inwo-nend assistent' en nodigde hem op een keer uit 's avonds bij me te komen. Hij nam mijn invitatie aan en toen wij voorzichtig een ge-sprek begonnen werd ik getroffen door zijn fijngevoeligheid. Die indruk werd nog versterkt omdat hij plotseling passages uit de *Ru-bayat* van Omar Kayan citeerde. Ik had dit gedicht pas leren kennen en wij lazen ieder een couplet, die avond. Hij liet mij achter in een staat van bewogenheid en verwondering die groter werd naarmate ik mijn gesprekken met hem voortzette. Hier was een uiterst fijn-zinnig mens, die reeds jarenlang in inrichtingskledij achter een kolenkar liep, zich schijnbaar had neergelegd bij zijn lot en (zoals

ik later begreep) bij de veiligheid en geborgenheid die het leven in zo'n inrichting hem garandeerde. Zijn moeder bezocht hem dagelijks en ik vermoedde nog niet hoe groot haar invloed op hem was... Ik dacht nog steeds in termen van 'ziekte' en een of andere lichamelijke oorzaak als verklaring voor zijn gedrag.

Een ander belangrijk beginpunt van mijn ontwikkeling in die dagen vormde een serie gesprekken, die ik voerde met een jongeman die was geclassificeerd als lijdende aan een 'puberteitspsychose'. In feite zei deze benaming niet veel meer dan dat hij psychotisch was en er het vermoeden bestond dat hij in het bijzonder de puberteitsproblematiek niet had kunnen verwerken. Naarmate onze gesprekken tot een verdieping van ons contact voerden, werd ik getroffen door de onbegrijpelijke eenzaamheid en verwarring, waarin deze jongeman van nog geen twintig het grootste deel van zijn jeugd en beginnende adolescentie had doorgebracht. Hij bood mij vluchtige inzichten in het drama van zijn familie, de relatie tot zijn vader en moeder en de relatie van de beide ouders onderling. Zijn minderwaardigheidsgevoelens schenen onvoorstelbaar. Dit keer legde ik verbanden met het huwelijk van zijn ouders, de scheiding, zijn verlangen naar zijn vader, de greep die zijn moeder kennelijk op hem had en waaraan hij zich niet kon ontworstelen.

Maar ik wist wat hij mij bood niet op de juiste waarde te schatten, noch het contact, dat hij gaandeweg door zijn geslotenheid en afweer bemoeilijkte, te behouden. Voor mijn ogen zag ik hem verstrikt raken in een groot aantal waanideeën en het beeld dat hij me bood, was dat van een mens die onafwendbaar in een afgrond van eenzaamheid en verwarring verloren ging.

In deze periode las ik een boek van de Amerikaanse psychoanalyticus John Rosen: *Direct analysis*.<sup>1</sup> Het maakte zo'n diepe indruk op me dat ik het als wegwijzer gebruikte voor de literatuur op het gebied van de psychotherapie der 'psychosen', zoals die tot op dat moment was verschenen. Op de inhoud van dit boek wil ik wat uitvoeriger ingaan.

Rosen houdt zich níét bezig met al die gedragsvormen waaraan een of andere aantoonbare lichamelijke ziekte ten grondslag ligt. Hersenverval bij bejaarden of op jonge leeftijd (dementie of schrompeling van de hersenschors) het alcoholdelier, de encefalitis en meningitis (ontstekingsprocessen in hersenen en hersenvliezen), loodvergiftiging, hersenbloedingen en -gezwellen, syfilieuze hersenaandoeningen en zoveel meer. De term ‘psychose’ reserveerde Rosen voor die gedragsvormen waarbij men *geen* lichamelijke oorzaak had kunnen aantonen.

Met zijn karakteristieke en verfrissende bondigheid noemde Rosen iemand ‘psychotic’ als hij in het leven niet in staat is op eigen benen te staan en vooruit te komen. Kan je dat wel, hoewel met veel moeilijkheden, dan voldoet de term ‘neurotic’. Rosen was (en is) wars van etikettenplakkerij en gebruikt de term ‘schizophrenic’ als synoniem met ‘psychotic’. Gek gedrag (afwijkend van de geschreven en ongeschreven spelregels van een cultuur) – met andere woorden ‘clear-cut craziness’ – is voor Rosen als een droom waaruit men niet kan ontwaken, een nachtmerrie en ook een vlucht voor een als koud, bedreigend en verwarrend ervaren ‘realiteit’ en de taken en opgaven die deze realiteit stelt. Het is dus primair een regressief fenomeen, een vlucht terug naar het kind-zijn. Rosen weigerde dit ‘ziekte’ te noemen.

Hij blijkt daar in 1953 (zijn publicaties beginnen in 1946) zeer visionair mee geweest te zijn zoals ik later in mijn verhaal hoop aan te tonen.

Verder stelde hij zich op het standpunt dat de gedragingen van de ‘psychoticus’ (hoe bizar ook) kunnen worden *begrepen* en intensieve therapie (beïnvloeding langs zuiver psychologische, menselijk-invoelende wijze) de enige juiste benadering was. Het ontstaan van de conditie voert hij terug tot een zeer slechte ervaring van het kind in de jeugd en in het bijzonder in de relatie tot de moeder. In zijn latere formuleringen wordt het begrip van de ‘slechte

moeder' die als vergiftigend wordt ervaren en toch steeds teruggezocht wordt ('seeking the mother one knew') verbreed tot de 'early maternal environment', de vroege moederlijke omgeving.<sup>2</sup> Niet alleen de moeder, maar ook alle letterlijke of symbolische substituten (grootmoeder, tante, broertje of zusje, babysit en ook... vader!) kunnen zo 'moeder' zijn.

Rosen had (m.i. terecht) kritiek op Freuds overaccentuering van het belang van de vader in de emotionele ontwikkeling van het kind. Het kind, zo stelt Rosen, weet niet dat wij in een patriarchale westerse cultuur wonen! Voor het kind is in de allereerste vroege fase van zijn ontwikkeling alles buiten hemzelf 'moeder'.

Zo zegt hij: 'In deze zin is zelfs de vader een "moeder". In dezelfde zin kunnen de symbolische substituten voor "de moeder" zich zelfs uitstrekken tot het elektrische nachtlampje dat het kind ziet, de lucht die het inademt, de deken waarop het ligt te kauwen, de urine waardoor zijn luier nat wordt en zijn huid geïrriteerd wordt enzovoort.'

Rosen grijpt als psychotherapeut krachtig in, zoekt de betekenis van allerlei waanvormingen, hallucinaties en bizarre contact afwevende gedragingen en presenteert zich als een almachtige goede 'vader-moeder'. Hij dwingt zo de psychotische mens zich te realiseren hoezeer hij heeft geleden. Hij dwingt de 'dromer' zich opnieuw te confronteren met een realiteit die werd ontvlucht en met behulp van zijn assistent-psychotherapeuten krijgt de cliënt naast inzicht in zijn conditie en haar ontstaanswijze ook een continue zorg waarin re-educatie en het opnieuw aanleren van allerlei sociale vaardigheden een belangrijke rol spelen.

Het boek *Direct analysis* schokte en overtuigde mij. Vanaf dat moment las ik alles wat er op dit gebied – de psychotherapie van de psychotische mens – te lezen viel. Sechehayes geschiedenis met Renée<sup>3</sup> b.v., een indrukwekkende beschrijving van een psychotherapeute die met een volledig teruggetrokken meisje (autisme) jarenlang worstelde en haar terugvoerde tot de wereld van mede-

menselijkheid en verbondenheid. Deze literatuur was fascinerend en tot mijn verrassing ontdekte ik dat reeds jarenlang psychotherapeuten contact hadden gevonden met mensen die iedere vorm van menselijk contact afwezen, die met hun patiënten op de vuist gingen als het moest, ze koesterden als een goede moeder, de diepte van hun eenzaamheid en ontmoediging met hen doorleefden en – wat mij het meeste trof in hun pogingen – *niet opgaven*.<sup>4</sup>

Zoekend naar meer literatuur zag ik bepaald een wereld voor me opengaan. Zo las ik ook het werk van Schultz-Hencke, die de schizofrene zijnswijze rondweg een ‘neurosen-variant’ noemde, het werk van Christian Müller, Benedetti, Racamier, Winkler, Harry Stack Sullivan en Frieda Fromm-Reichmann.<sup>5</sup>

Al deze psychoanalytisch gevormde psychotherapeuten waren door hun werk overtuigd geraakt dat wat men ‘psychotisch’ of ‘schizofreen’ gedrag noemt, de uitkomst is van een levensgang die aanvangt in een gezin vol spanningen en verwarrende, psychisch verwondende wisselwerkingen tussen kind en ouders. Een levensgang die, indien het individu al komt tot losmaking uit de gezinsstructuur, wordt gekenmerkt door een voortdurend falen in relatievorming tot de medemens, falen in taakvervulling en een diepgaand onvermogen tot voldoen aan rolverwachtingen (man, vrouw, vader, moeder) binnen onze cultuur. Deze psychotherapeuten beschreven het isolement, het overwegen van fantasie boven op de werkelijkheid gerichte actie, de diepe twijfel over eigen geslachtelijke identiteit, de agressieproblematiek en zoveel meer. Zij benadrukten het al te menselijke, wezen op de vaak onleefbare situaties in het gezin en rapporteerden hun psychotherapeutische werk als mogelijk (ofschoon moeilijk en langdurig) en het zeer positieve resultaat van hun hulpverlening, waarmee zij de hypothese van de ‘procesmatige ziekte’ en de ‘erfelijkheid’ gaandeweg van de hand wezen.

Op een dag vroeg ik belet bij de zeer vriendelijke geneesheer-directeur van de inrichting en legde de stapel boeken die ik had gelezen op zijn tafel. Mijn vraag was even oprecht als naïef: ‘Waarom doen we dat hier niet? Deze schrijvers weten waarover ze het hebben. Zij geloven niet in een “ziekte” en een mysterieus “lichamelijk proces”. Ze vechten om een minimum aan intermenselijke relatie tot stand te brengen en beginnen te begrijpen wat onbegrijpelijk scheen.’

De directeur weigerde mijn verering voor deze auteurs te delen. Hij was niet erg geïnteresseerd. Zijn antwoord herinner ik mij nog duidelijk. ‘Kijk,’ zei hij, ‘een radiotoestel heeft talloze draden. Gaat er een kapot, dan komen er van die rare geluiden uit het toestel. Welnu, een mens heeft miljoenen hersencellen. Gaan er een paar kapot, dan komen er ook uit mensen rare geluiden. Dat is schizofrenie. Ik denk dat het in de hersenen zit, misschien in de hormonen. Hoe dan ook, we zullen dit proces vinden, wellicht de biochemische oorzaak van deze “ziekte” en tot zolang moeten we de “lijders” aan deze “ziekte” een zo humaan mogelijk onderkomen bieden. Arbeidstherapie is goed, kweekt zelfvertrouwen, sport en spel, een betere aankleding van de inrichting, regelmatig een toneelavondje en tochtjes organiseren naar de dierentuin.’

Hij wuifde mijn boeken vriendelijk van de tafel en ik wandelde die avond naar huis met het gevoel dat mij iets zeer belangrijks was overkomen. Ik werd mij bewust wat de achtergrond, het uitgangspunt, de filosofische ‘assumption’ was waarop de hele klinische psychiatrie à la Kraepelin zich baseerde en waar ik oorspronkelijk zo hoog tegenop had gezien. Wie was Kraepelin?

Kraepelin was de grondlegger van de ziektebeelden-psychiatrie (ook wel nosologische psychiatrie genoemd) en deze kan voorlopig worden samengevat in de stelling van de Duitse psychiater Griesinger: ‘Ziekten van de geest zijn ziekten van de hersenen.’ Een eindeloze rij van psychiaters had op deze wijze gedacht, gekeken, geobserveerd, geclassificeerd en... doet dat nog. In ons land werd de klinische-ziektebeelden-psychiatrie door Rümke met ver-

ve gepresenteerd (en met een verleidelijke charme en eruditie!). Een psychiater moest dus een medicus zijn en een neuroloog, een neuro-endocrinoloog en een biochemicus. Desnoods moest hij als neuro-anatoom na het overlijden van zijn schizofrene patiënt de hersenen in kleine plakjes snijden en onder een microscoop leggen. Waar mensen over spraken, hun belevingen, hun levensgeschiedenis was wel belangrijk, maar was ‘inhoud’. De wijze *waarop* ze zich uitten en gedroegen, de *vorm* van hun gedrag, de absurditeit, het bizarre – dat was ‘in principe niet invoelbaar’, het bewijs van de radiotoestel-theorie. Het grote voorbeeld was het gedrag getoond door lijdens aan het laatste stadium van syfilis – de dementia paralytica. De spirocheet, verwekker van deze geslachtsziekte, was in de hersenen ontdekt, de mensen die aan het laatste stadium van deze geslachtsziekte leden toonden niet alleen allerlei uitvalsverschijnselen van het centrale zenuwstelsel (verlammingen), maar ze gedroegen zich ook vreemd. Typisch bij hen is het ontstaan van ‘grootheidswanen’. De lijder meent miljoenen te bezitten, vereenzelvigd zich met grote figuren uit de historie. Gemakshalve namen aan dat bij allerlei ander onbegrijpelijk gedrag dus ook wel een of andere bacil, gif of stofwisselingsstoornis gevonden zou worden.

De boven geciteerde uitspraak van de geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting werd voor mij van grote betekenis. Hij was een zeer humaan mens met grote belangstelling voor het leven van de patiënten in zijn inrichting. Op pijnlijk langzame wijze kregen onder zijn bewindvoering de gesloten en open afdeling van de psychiatrische inrichting, de conversatiezalen en de isoleercellen ‘een wat fleuriger aanzien’ en hij liet niet na tijdens zijn rondes een bezoek aan de arbeidstherapie te brengen, waar hij bemoedigende woorden sprak. Zijn meegevoel bleek ook duidelijk tijdens de rondes door de zalen, hoewel die een wat haastig karakter hadden. Ik kon zijn filosofie wel aanvaarden, waar het de lijdens aan



dementia paralytica betrof, de hersenschrompelingen, de hersengezwellen en andere vormen van organische dementie, de idiotie en diepe zwakzinnigheid – over dat alles was geen verschil van mening. Maar al die andere mensen die van bloemrijke etiketten werden voorzien (puberteitspsychose, degeneratiepsychose, hysterische psychose, manisch-depressieve psychose, echte en minder echte (!) schizofrenie etc.) wierp hij gewoon op dezelfde hoop.

De ervaring bevestigde in mij het gevoel dat, ondanks alle respect dat in de klinische psychiatrie werd getoond voor psychoanalytische en psychologische beschouwingswijzen deze psychiatrie toch werd beheerst door een fundamenteel uitgangspunt: lichamelijke ziekte.

Het ‘schizofrene’ proces werd inderdaad gezien als een mysterieuze ziekte, de begrippen ‘endogeen’ en ‘degeneratieve constitutie’ (met deze kreten wordt nu nog veel gewerkt!) waren niet zomaar woorden, maar werden inderdaad gebruikt als verwezen zij naar tastbare realiteiten. Als zouden deze zijn aangetoond en experimenteel bevestigd. Ook aan het begrip ‘erfelijkheid’ werd vooral voor die toestanden, die als ‘manisch-depressief’ en ‘schizofreen’ beschreven werden, klaarblijkelijk een zeer reële betekenis toegekend.

Dit fundamenteel organische uitgangspunt maakte mij langzamerhand duidelijk, waarom er zo weinig sprake was van werkelijk menselijk-geëngageerde ontmoetingen met psychotische mensen. Waarom alle pogingen de zalen van de inrichting wat te verfraaien, zo’n oppervlakkige indruk maakten, en waarom met zo’n zelfgenoegzaamheid werd gesproken over de resultaten van de massale doses toegediende tranquillizers, die ‘het gesticht immers een nieuw aanzien hadden gegeven’. Het maakte mij duidelijk dat er in wezen een eigenaardig afwachtende stemming heerste, een wachten op het ogenblik, waarop biochemici, neurofysiologen, pathologen en endocrinologen uiteindelijk het ‘ziekteproces’ zouden aantonen. Een soort vreugdevolle gebeurtenis waarna ieder-

een met een zucht van verlichting eindelijk eens werkelijk causaal al die psychotische toestanden kon gaan bestrijden.

Ik vertrok uit de psychiatrische inrichting in grote verwarring, met twijfel aan mijn 'helden' en – had geluk.

Ik zette mijn opleiding voort aan de Leidse psychiatrische universiteitskliniek. Ik noem dat 'geluk', omdat deze kliniek onder leiding van Carp de enige in Nederland was die zich consequent psychotherapeutisch opstelde. Carp dwong zijn assistenten te lezen en referaten te schrijven. Hij opende de deuren van een enorme literatuur. Adler, Jung, Freud, Buber, Gabriel Marcel, Carl Rogers, talloze filosofen, wier namen (naast Sartre) ik ben vergeten. Er werd in deze kliniek gelezen en gediscussieerd. Mensen die als 'neurotisch' werden geëtiketteerd werden 'in therapie genomen'. Er was een psychotherapie à la Adler (de bron van de ontmoediging opsporen, de levensstijl ontdekken die falen voorkomt – en dan maar uitleggen) –, amateuristisch wellicht, maar met één belangrijk voordeel. Men las Adler (niet *over* Adler), kreeg gevoel voor het holistische, doelgerichte van zijn beschouwingen en het werk van Karen Horney en Sullivan werd er doorzichtiger door.<sup>6</sup>

Volgzaam bekwaamde ik mij in de technieken, kreeg er gevoel voor en vond geleidelijk mijn weg door de literatuur. Dat psychotherapie een vak was dat ook een uitgebreide technische training vereist, daarvan was ik me nauwelijks bewust. Dat door de ogenschijnlijke neutraliteit van de therapeut veel wensen en verlangens van de cliënten naar voren komen, oude wonden opengaan, de pijn van niet-verwerkte en vergeten herinneringen aan vroege belevingen gemobiliseerd kan worden – dat was een stuk technische training waar wij als assistenten bij lange na nog niet aan toe waren. Het ontstaan van sterke emoties, herbeleefd aan en in de relatie tot de psychotherapeut (de 'overdracht') en haar verheldering naar verleden en toekomst – dat alles moest nog ervaren worden, en het op de juiste wijze 'hanteren' van deze gevoelens was een 'art' waar wij nog ver van verwijderd waren.

Maar het voordeel van deze lawine van psychodynamische beschouwingen en praktische ervaringen was dat ik eerst meemaakte, blunderde – en daarna las en althans intellectueel een overzicht kreeg van wat er in de literatuur te koop was. Ik las alles, rijp en groen, en Carp bleef literatuur aandragen. Psychodrama, sociodrama (Carp had kennelijk overal over geschreven) werden beoefend en niet in de laatste plaats introduceerde hij bij de assistenten het werk van Maxwell Jones en de daaruit resulterende sociotherapeutische principes. De gehele kliniek werd gepresenteerd als een therapeutische gemeenschap en opnieuw werd ik, als inwonend assistent, geconfronteerd met alle wel en wee van deze gemeenschap en dus met een stukje ‘administratieve psychiatrie’. Nu – in terugblik – was de kliniek verre van een echte therapeutische gemeenschap, maar ondertussen rook men toch maar aan organisatieprincipes, en ze bleven hangen.

‘Verantwoordelijkheid’ – ‘verantwoordelijkheid-voor-de-ander’, ‘de mens is wat hij doet’ – het waren sleutelwoorden die door geestdriftige assistenten soms op de meest onverantwoordelijke wijze werden gehanteerd maar – men leerde.

Hoe abstract al die filosofische beschouwingen over de ontmoeting met de ‘geestesgestoorde mens’ soms ook waren, hoe weinig kennis de groep assistenten ook had van zichzelf en met hoeveel vallen en opstaan er in de psychotherapeutische relaties werd gewerkt, er bleef een lijn die niet was mis te verstaan. De ontmoeting van twee mensen en wat zich in het veld tussen hen beiden gaat ontplooiën, werd mij gepresenteerd als de in wezen enige vorm van zinvol handelen van een psychiater.

Gedurende deze periode werd ik belast met de zorg voor een man die kennelijk van hand tot hand was gegaan. Een assistent had deze uiterst angstige, in dwangmatige rituelen verstrikte student op enthousiaste wijze ‘orthopedagogisch’ aangepakt. Van achter zijn bureau wees hij de cliënt voortdurend op de wijze waarop deze zijn ‘verantwoordelijkheid’ trachtte te ontduiken. Wat wist mijn collega

van zijn eigen sadisme dat achter zoveel psychotherapeutisch enthousiasme verborgen lag? Wat wist ik er zelf van?

Hoe het zij, de zeer angstige student werd gaandeweg angstiger, want hij zag zich elke uitgangsweg afgesneden. Onder invloed van dit 'psychagogische spervuur', het mitrailleurvuur van opvoedkundige interpretaties, werd de man steeds angstiger en uiteindelijk gaf hij op een zekere dag geen enkel antwoord meer.

De assistent, onvermoeibaar, bleef nog enige tijd doorgaan, wees zijn cliënt erop 'dat hij voor zijn verantwoordelijkheid terugdeinsde', maar sloeg uiteindelijk alarm over de ontstane situatie. De patiënt leek verstart en verstijfd en kwam tot geen enkele emotionele uitwisseling. Hij scheen van ieder gevoel ontdaan en na vele discussies werd de diagnose 'schizofrenie' gesteld en besloten (om onnaspeurlijke redenen) enkele elektroshocks toe te dienen!

(Tevoren had de patiënt verklaard dat hij zijn psychotherapeut als de duivel ervoer.)

Men heeft over slaap-, insuline- en elektroshockkuren enige fraaie theorieën met betrekking tot dood en wedergeboorte geschreven, maar ondertussen krijg je toch maar de schrik van je leven.

De cliënt reageerde op zijn elektroshocks hoegenaamd niet – althans niet in de zin van een wedergeboorte. Integendeel, hij maakte een steeds doodserie indruk. Zo liep hij een jaar in de kliniek rond, antwoordde op vragen alleen maar met 'ja' en 'nee'. De man bleef zonder enige gevoelsuiting en maakte een indruk van hout te zijn. Er was geen enkele vorm van contact met hem mogelijk.

Zo kreeg ik hem, als een soort meubel van de kliniek, toegewezen. De diagnose – eerst 'dwangneurose' – had zich gewijzigd in 'defectschizofrenie', wat in feite wilde zeggen dat er met de man niet te praten, te huilen of te lachen viel. Mijn ervaring met deze man is werkelijk beslissend geworden voor mijn verdere ontwikkelingsgang als psychiater-psychotherapeut. Ik nodigde hem dagelijks uit voor een gesprek, dwong hem de krant te lezen, poëzie te reciteren,