

Achter de voordeur

Sociale psychiatrie vanuit de GGD Amsterdam
in de twintigste eeuw



Gemma Blok

Amsterdam
University
Press

Achter de voordeur

Achter de voordeur

Sociale psychiatrie
vanuit de GGD Amsterdam
in de twintigste eeuw

Gemma Blok



AMSTERDAM UNIVERSITY PRESS

Lay-out: Bert Heesen Produkties, Utrecht

ISBN: 978-90-8555-096-9

© G. Blok/ Amsterdam University Press B.V., Amsterdam 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1 Een zuinig beheerder	11
Arie Querido en de sociale psychiatrie in de jaren dertig	
Toen en nu	
<i>Ardan Miedema: 'Na ons is er niets meer'</i>	
2 'Altijd een zwak voor de verdrukten'	41
Theo Hart de Ruyter en de start van de Jeugdpsychiatrische Dienst in Amsterdam (1946)	
Toen en nu	
<i>Linda Dil: 'Elk vogeltje zien vliegen'</i>	
3 'Busje komt zo'	69
De pioniersjaren van de methadonverstrekking in Amsterdam (1975-1985)	
Toen en nu	
<i>Karien de Ridder: 'Verslaafd zijn is gewoon zwaar'</i>	
Conclusie	105
Dankwoord	111
Noten	113
Illustratieverantwoording	123

Inleiding

Vanaf 1933 kreeg Amsterdam te maken met een nieuw type hulpverlening, die dieper dan tevoren doordrong in het privédomein. Psychiater Arie Querido, grondlegger van de acute ‘rijdende’ psychiatrie, wilde te weten komen wat zich afspeelde achter de voordeuren van Amsterdammers die vanwege ‘krankzinnigheid’ werden aangemeld door huisartsen en politie. Querido betoogde: ‘de omgeving met al zijn attributen spreekt luider dan de patiënt zelf. Wat de materiële, fysieke omgeving betreft, reuk en geluid, orde of wanorde, verwaarlozing of zorg, armoede of de tekenen van een streven naar beter leven dringen zich aan ons op’.¹ Mogelijk kon hij met deze informatie een opname voorkomen.

Querido werkte voor de afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de Amsterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG & GD). Deze afdeling, die in 1916 van start was gegaan, hield zich bezig met de zorg voor krankzinnigen en ‘maatschappelijk ongeschikten’: mensen die op grond van hun stoornis niet in staat waren een zelfstandig maatschappelijk bestaan te voeren, zoals men het toen verwoordde.² Zenuwarts Frits Meijer, het eerste hoofd van de afdeling, diende voor het stadsbestuur een overzicht te creëren van ‘het maatschappelijk ongeschikt-menselijk materiaal dat onze gemeente herbergt.’³ Het was een bont gezelschap waar zijn afdeling zich vervolgens over ontfermde, van epileptici tot spiritusdrinkers en van psychotici tot zwakzinnigen. Anno 2014 is de afdeling Geestes- en Zenuwzieken uitgegroeid tot het cluster Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). Dat telt ongeveer tweehonderd medewerkers en houdt zich bezig met de ‘sociaal-medische zorg aan mensen met psychische problemen die zichzelf verwaarlozen en vaak overlast veroorzaken.’

Hoe is dit sociaalpsychiatrische werk vanuit de Amsterdamse GG & GD in de afgelopen eeuw tot stand gekomen en tot de huidige staat uitgegroeid? Dit boek betoogt dat zich in het werk van de GG & GD met de krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten van de stad een bepaald patroon aftekent: steeds stimuleerde een overlastprobleem voor de stad een nieuwe vorm van sociaal psychiatrische hulpverlening van de GG & GD, met als doel de stedelijke overlast te beteugelen en de uiteindelijke kosten te drukken. In drie hoofdstukken wordt beschreven hoe er zo telkens een nieuwe loot ontstond aan de tak van het hoofdstedelijke sociaalpsychiatrische werk, op het snijvlak van hulpverlening en de handhaving van de openbare orde.

Geestelijke hygiëne

Het motief voor Querido's fameuze acute psychiatrie, onderwerp van het eerste hoofdstuk, was eenvoudigweg dat de in gestichten opgenomen krankzinnigen teveel op de begroting drukten. De gemeente luidde de noodklok over deze financiële overlast. Querido werd met deze expliciete opdracht aangesteld en in 1933 nam hij het werk van Meijers over als hoofd van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken. Binnen een tijdsbestek van tien jaar wist Querido een belangrijke basis te leggen voor de spoedeisende en sociale psychiatrie zoals we die nu kennen.

Hij zette een cruciale stap door cliënten hulp te bieden in crisissituaties, waar die ook maar waren ontstaan. Dat kon zijn op straat, 'op het politiebureau, in een lokaal van de "steun", een nette middenstandswoning, een krot of een woonschuit op een gracht of onder de hanebalken', aldus Querido. Zijn inzet was om te bekijken of een psychiatrische opname kon worden voorkomen door de crisis ter plekke te bedwingen. Querido gaf de afdeling bovendien een nieuwe naam: na 1946 was het werkterrein 'Geestelijke Hygiëne'. Hiermee plaatste hij het werk van zijn afdeling nadrukkelijk in de traditie van de GG & GD, die ontstond in 1901 en voortkwam uit het negentiende-eeuwse 'hygiënisme': het streven naar verbetering van de 'openbare' lichamelijke gezondheid.

Maar waar de eerste vorm van hygiënisme nog makkelijk te duiden en af te bakenen was – het ging om de strijd tegen kindersterfte en epidemieën als cholera en tuberculose – bleek dit bij de twintigste-eeuwse vinding van de 'geestelijke hygiëne' lastiger. Gevraagd naar de inhoud van het begrip wist Querido zelf, toen hij op late leeftijd terugkeek op zijn carrière, niet veel concreter te worden dan: 'een gehumaniseerde benadering' van geesteszieken, ofwel 'dat je, bij wat je doet, altijd in de eerste plaats voor ogen houdt: ik heb met een ander mens te maken'.⁴

Bandeloze jeugd

Het tweede hoofdstuk gaat in op de voorgeschiedenis van de huidige 'Top 600' –aanpak, waarin de GGD de zeshonderd meest beruchte en overlastgevende jongvolwassen criminelen van de hoofdstad in kaart probeert te brengen. In de jaren dertig en veertig van de vorige eeuw was de GG & GD al betrokken bij de strijd tegen de overlast van 'jeugdige psychopaten'. Dit waren jongeren die zich hardnekkig op school misdroegen, over straat zwierven, stelend en dingen vernielend. Deze kinderen met 'karakter- en milieumoeilijkheden', zoals de GG & GD hen omschreef, zorgden voor een toenemende onrust in de stad.

Destijds was de handhaving van de leerplicht een nieuw en aanzienlijk maatschappelijk probleem. Sinds 1901 moest ieder kind in Nederland de lagere school volgen, maar er was altijd veel verzuim geweest. In 1935 trok de Gemeentelijke Inspectie van het Onderwijs te Amsterdam aan de bel bij de gemeente over de 'tuchteloosheid en baldadigheid' van de jeugd. Leraren klaagden in toenemende mate, maar ook de kinderpolitie rapporteerde een groeiend aantal misdrijven door jongeren onder de veertien jaar. Schoolartsen verwezen 'gestoorde jeugd' al jaren door naar de GG & GD. Het is dus niet verwonderlijk dat de gemeente de GG & GD inschakelde bij het zoeken naar een oplossing.

Arie Querido trad toe tot de 'Commissie voor de oprichting van scholen (klassen) voor psychopaten en andere moeilijk opvoedbare kinderen'. Querido vreesde dat er teveel aandacht aan het criminele kind zou worden besteed, 'het komt toch in de eerste plaats aan op moeilijk opvoedbare kinderen'.⁵ De commissie adviseerde uiteindelijk tot de oprichting van een speciale school voor 'jeugdige psychopaten', de A.H. Gerhardtschool. Die zou er komen, geflankeerd door 'nazorg' vanuit de GG & GD.⁶ In 1946 breidde de GG & GD dit werk uit met de aanstelling van een jeugdpsychiater, de psychoanalytisch geschoolde Theodoor (Theo) Hart de Ruyter. De eerste Jeugdpsychiatrische Dienst van Nederland was hiermee een feit en moest de door de chaos van de Tweede Wereldoorlog van zijn bakens losgeslagen jeugd weer gaan beteugelen.

Schadebeperking

De eerste methadonbus is het onderwerp van het derde hoofdstuk. Tijdens de heroïne-epidemie van de jaren '70 en '80 ging de GG & GD een centrale rol spelen in het opzetten van een hulpverleningssysteem voor verslaafden met behulp van methadon. De basis voor de methadonverstrekking, zoals in het derde hoofdstuk wordt beschreven, was een groot overlastprobleem in het centrum van Amsterdam, waar een 'zwerfgroep' van Surinaamse verslaafden zich ophield in een kraakpand aan de Kloverniersburgwal. Het pand werd gesloten in juni 1979 en de Surinaamse verslaafden stonden op straat. Speciaal voor deze doelgroep ging de eerste methadonbus rijden, in het kader van een spreidingsbeleid van de gemeente. Het was het begin van een breed circuit voor methadonverstrekking, onder regie van de GG & GD, waarbij ordehandhaving en hulpverlening hand in hand gingen. 'Harm reduction', heette dat vanaf de jaren negentig: het beperken van de individuele en sociale schade die een verslaving aanricht. De directeur van de GG & GD, Henk Rengelink, betoogde dat zowel de samenleving als de gebruiker er baat bij hadden. De drugsgerelateerde criminaliteit verminderde en het leven van de gebruiker

kwam in rustiger vaarwater. Al moesten ze er soms wel erg lang wachten, meenden de tekstdschrijvers van een hit uit 1995:

*Er lagen twee verslaafden samen in de goot.
De een was hallef levend en de ander hallef dood.
Toen kwam er een agent aan die vroeg:
'Wat moet dat hier!'
'Wij wachten op ons busje dat komt over een kwartier'.*

*Busje komt zo (12x)
Eventjes geduld nog,
want het busje komt zo.*

1 Een zuinig beheerder

Arie Querido en de sociale psychiatrie in de jaren dertig

In een fameuze anekdote vertelt sociaal-psychiater Arie Querido (1901-1983) hoe hij in de jaren dertig van de vorige eeuw bij een psychiatrische crisis werd geroepen. Het betrof een 'verlaten vrouwtje met een kleuter en een peuter, die nu de gaskraan maar heeft opengezet met het briefje van de huisbaas op tafel dat hij haar wegens achterstallige huur de woning zal uitzetten'. Een schenking van twintig gulden bleek een zeer effectief 'medicijn'. De vrouw kalmeerde en hoefde niet naar een gesticht. Met wat creatief denken konden opnames veel vaker worden voorkomen, meende Querido. Menige opname vond plaats 'onder de indruk van heftige emotionele uitbarstingen, voortvloeiend uit het feit dat op dat ogenblik – door welke oorzaak dan ook – een situatie voor de patiënt onverdraaglijk werd.' Volgens hem moest de automatische verbinding 'uitbarsting – opneming' worden doorbroken, als er geen sprake was van 'echte' krankzinnigheid. Anders zou iedereen die even onder de druk van het leven was bezweken, in de gelegenheid zijn om via de psychiatrie aan een ondraaglijke toestand te ontsnappen; 'zonder dat de situatie als zodanig was opgelost'.¹

Vanwege originele interventies als deze werd Querido in de geschiedenis van de psychiatrie een figuur van welhaast mythische proporties. Het begin van de sociale psychiatrie in ons land geldt als onlosmakelijk verbonden met zijn werk.² Hij is met name bekend door zijn introductie van de *psychiatrie d'urgence*, ofwel de acute psychiatrie. In de volksmond van Amsterdam sprak men over de 'rijdende psychiater', omdat de psychiater in een auto van de GG & GD naar patiënten in crisis reed.³ Doel was om te kijken of een gedwongen opname kon worden voorkomen of uitgesteld. De directe impuls voor Querido's innovatie was geldgebrek: de gemeente Amsterdam draaide destijds op voor de kosten van de psychiatrische opnames, en die kosten wilde men graag wat omlaag krijgen. Met die opdracht was Arie Querido in 1931 aangesteld. De acute psychiatrie was zijn antwoord.

Founding father

Querido's leiderschap van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de Amsterdamse GG & GD, die al sinds 1919 bestond, betekende een belangrijke stap in de richting van een professionele werkwijze. Allereerst introduceerde hij dagelijkse teamvergaderingen en het systematisch bijhouden van cliëntendossiers.⁴ Voorts



**Arie Querido, aartsvader van
de sociale psychiatrie**

groeide de afdeling fors onder zijn bewind. Omdat de acute psychiatrie een 24-uurs paraatheid vroeg, kwamen er meer psychiaters en meer zusters voor het maatschappelijk werk. In 1936 telde zijn afdeling twee vaste psychiaters, drie maatschappelijk werksters en twee administratieve krachten.⁵ Ook verstevigde Querido de band met hoogleraar psychiatrie Klaas Herman Bouman van de Universiteit van Amsterdam. Die ging er medio jaren dertig toe over om arts-assistenten aan het eind van hun opleiding stage te laten lopen bij Querido, die blij was met deze ‘universitaire erkenning’.⁶ Samen met de sociaalpsychiatrische dienst in Rotterdam – geleid door J.H. Pameijer, directeur van de psychiatrische inrichting Maasoord – was Querido’s afdeling destijds de grootste organisatie op dit terrein.⁷

Querido had de leiding tot 1949. Daarna bracht hij het tot hoogleraar in de sociale geneeskunde (1951-1970) en was hij lid van de Eerste Kamer voor de PvdA (1958-1970). Dat hij zo prominent voortleeft in onze herinnering heeft niet alleen te maken met deze wapenfeiten, maar ook deels met zijn voortvarende zelfprofilering aan het eind van zijn leven. In 1980 publiceerde hij het vuistdikke boek *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten*. Een groot interview in weekblad *Vrij Nederland* in datzelfde jaar droeg verder bij aan zijn faam.⁸ Ten slotte bestendigde

na zijn overlijden het boek *Querido's legacy* (1991) zijn verworven status als *founding father* van de sociale psychiatrie.⁹

Onmiskenbaar was Querido een charismatische en vooruitstrevende vakman, die een grote invloed heeft gehad op de ontwikkeling van de ambulante psychiatrie in Nederland. Over de dagelijkse praktijk van zijn werk voor de Amsterdamse GG & GD is echter nog veel onbekend. Hoe gaf men de voor- en nazorg vorm en met welke instellingen werkte hij samen? Hoe beschreven Querido en zijn collega's wat zij zagen achter de voordeuren van de Amsterdammers die bij hen in beeld kwamen? En welke invloed oefenden zij uit in hun levens? Dit hoofdstuk werpt een blik op de realiteit achter de mythe, met als bron 385 dossiers uit de 'periode Querido'.¹⁰

Betoogd zal worden dat het zwaartepunt van Querido's afdeling in mindere mate lag bij de acute psychiatrie dan hij zelf beweerde.¹¹ In zijn autobiografie schreef hij:

De nazorg was echter niet de enige activiteit van de Afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken, en zelfs niet het meest arbeidsintensieve. Het zwaartepunt vormde de voorzorg, maar deze kwam pas goed op gang na het vertrek van Meijers.

Querido zette zich in zijn autobiografie sterk af tegen zijn directe voorganger, de zenuwarts Frits Meijers (1868-1953), die volgens hem niet geloofde in de effectiviteit van huisbezoek en te makkelijk tot opname besloot. Querido schreef hierover:

Toen ik, naar aanleiding van een aanvraag tot opname voor een schizofreen, die zelf niet meegekomen was, schuchter vroeg of ik soms huisbezoek zou gaan maken, keek hij mij wat smalend aan en zei: 'denk je soms dat hij daar beter van wordt?'¹²

De dossiers alsmede de jaarverslagen leren echter dat Querido's fameuze *psychiatrie d'urgence* in negen van de tien gevallen gewoon tot een opname leidde. Daarbij laat het onderzoek zien dat de nazorg ook Querido veel tijd kostte en onder zijn bewind zelfs sterk werd uitgebreid. Uit de dossiers doemt het beeld op dat zijn afdeling zich vooral bezighield met (zoals we het nu zouden noemen) 'complexe langdurige zorg': de behandeling van patiënten met een combinatie van chronische psychische stoornissen, lastige karakters en soms ook verslavingen.

Alvorens over te gaan tot een beschrijving van het werk van Querido en zijn collega's, bekijken we eerst het reilen en zeilen van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken onder het bewind van zijn voorganger Frits Meijers. Met hem begint feitelijk het verhaal over de sociale psychiatrie vanuit de GG & GD.

Krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten

Net als Querido was ook Meijers een vernieuwingsgezinde persoon. Samen met onder anderen de Amsterdamse hoogleraar psychiatrie Klaas Herman Bouman was hij één van de oprichters van de Nederlandse Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid, die in 1924 van start ging.¹³ Als *Mental Hygiene Movement* was ze eerder ontstaan in Amerika. Het initiatief kwam in 1909 van een psychiater, Adolf Meyer, en van een ex-patiënt, Clifford Beers, de schrijver van het boek *A mind that found itself*. Beers was hierin zeer kritisch over het gesticht waarin hij opgenomen was geweest: geweld en intimidatie waren aan de orde van de dag, terwijl van behandeling geen sprake was. Hierna ging de Mental Hygiene Movement zich richten op hervorming van de psychiatrie. De hoop werd gevestigd op ambulante psychotherapie aan kinderen en ouders. De preventie van geestesziekte en gestichtsoptname werden de speerpunten.

Meijers verkondigde het gedachtegoed van deze beweging met verve. Hij bevestigde in 1928 in een ingezonden brief die in diverse landelijke dagbladen geplaatst werd, dat het een plicht was van iedere burger om de geesteszieke medemens te steunen. De nieuwe ‘wetenschap van de sociale psychiatrie’, zoals hij het noemde, ontwikkelde bovendien baanbrekende ideeën over de preventie van psychische stoornissen. Door in te grijpen in de omgeving van een patiënt kon escalatie van de problemen worden voorkomen.¹⁴ Querido was dus niet de eerste die de term ‘sociale psychiatrie’ gebruikte, zoals wordt beweerd.¹⁵

Meijers zat op een goede plaats om zijn denkbeelden vorm te geven. Als hoofd van de Amsterdamse psychiatrische kliniek Paviljoen III, werd hij in 1916 door de gemeente benoemd tot psychiatrisch en neurologisch adviseur in dienst van de hoofdstedelijke GG & GD. Vanaf 1917 hield hij een dagelijks spreekuur voor zenuw- en zielszieken. Twee verpleegsters droegen zorg voor het maatschappelijk werk, ondersteund door twee administrateurs. Vanaf 1919 werd hij formeel benoemd tot hoofd van de nieuwe afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de GG & GD.¹⁶ Naast de zorg voor ‘krankzinnigen’ was Meijers ook belast met de zorg voor ‘maatschappelijk ongeschikten’: een bont gezelschap van lichamelijk of geestelijk gehandicapte mensen die niet in hun onderhoud konden voorzien, zoals epileptici, blinden, doofstommen, zwakzinnigen en ouderen met allerlei afwijkingen.

De sociale psychiatrie vanuit de GG & GD vulde duidelijk een lacune. De geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam werd destijds verzorgd door twee universitaire psychiatrische klinieken: de gereformeerde Valeriuskliniek van de Vrije Universiteit en Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis van de Universiteit van Amsterdam. Deze klinieken fungeerden als tussenstation en selectie-instituut voor

opname in psychiatrische ziekenhuizen buiten Amsterdam. De meeste Amsterdammers stuurde men door naar de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland: Santpoort nabij Bloemendaal en Duin en Bosch bij Castricum. Katholieke patiënten gingen doorgaans naar het psychiatrisch ziekenhuis St. Wilibrord in Heiloo. Gereformeerden belandden in veel gevallen in Zon en Schild bij Amersfoort. Als Amsterdammers 'genezen' of 'genoegzaam hersteld' uit deze instellingen terugkeerden, was er geen nazorg. Met de komst van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken ontstond die mogelijkheid wel.

De kersverse afdeling van de GG & GD had het meteen druk. In 1919 bezochten 3335 personen het consultatiebureau voor Geestes- en Zenuwzieken. Merendeels waren dit nazorgbezoekjes van cliënten die al bekend waren bij Meijers. In achthonderd gevallen ging het om nieuwe cliënten of hun familieleden, die om opname in een instelling verzochten op kosten van de gemeente. Meijers' taak was om de opname-aanvragen per geval nauwkeurig te beoordelen, aangezien alle krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten Amsterdam steeds meer geld kostten. De prijs voor hun verzorging in tehuizen en gestichten was tussen 1902 en 1917 verviervoudigd.¹⁷ In veel gevallen was opname onvermijdelijk, vond Meijers. Vaak betrof het invalide ouderen of volwassenen met aangeboren geestelijke defecten. Bij jonge cliënten was Meijers echter kritischer: 'Slechts klemmende redenen mogen ons veroorlooven de gemeenschap te belasten met een taak, die door het gezin behoort te worden gedragen'.¹⁸

Voor twijfelgevallen maakte Meijers soms gebruik van het 'Observatiehuis voor Jongens'. Dit tehuis was bedoeld ter observatie van kinderen die in aanraking waren gekomen met justitie en over wie de rechter advies wilde. Maar Meijers kon er 'zijn' jongens met psychische of gedragsproblemen ook soms kwijt. Door hen enkele maanden te laten observeren en hen geregeld te bezoeken, merkte Meijers dat een aantal van hen 'volkomen normaal' was en gewoon in de maatschappij kon terugkeren. Een opname in een instelling voor moeilijk opvoedbare jongens of voor zwakzinnigen was dan bij nader inzien niet nodig.¹⁹ Ook Meijers werkte dus soms opnamevoorkomend.

Bij sommige gevallen uit zijn werkpraktijk zat Meijers naar eigen zeggen met de handen in het haar. Dan ging het om alcoholisten die vrouw en kinderen mishandelden of vrouwen die zich 'liederlijk' gedroegen. Lastig waren ook de 'jeugdige psychopaten', die geen zelfbeheersing hadden. Vaak waren het 'hartstochtelijke bioscoopbezoekers en niet minder hartstochtelijke sigarettenrookers', aldus Meijers. Als volwassenen groeiden ze vaak uit tot volleerde misdadigers en prostituees. Psychopaten op leeftijd waren 'maatschappelijke verschoppelingen' geworden, 'wier



Provinciaal psychiatriesch ziekenhuis Santpoort

bestaan heen en weer schommelt tusschen de maatschappij, de gevangenis en het krankzinnigengesticht'. Deze klanten waren voor Meijers 'ware "puzzles"'.

Een goede baan als automonteur

Geldgebrek had een nadelig effect op de psychische gesteldheid van de cliënten van zijn afdeling, merkte Meijers. De drempel tot het verkrijgen van bijstand was destijds hoog. Hoewel iedereen op basis van de Armenwet recht had op gemeentelijke steun, was deze minimaal en bedoeld als noodoplossing. In eerste instantie dienden mensen aan te kloppen bij instellingen voor liefdadigheid. Niet iedereen vroeg even makkelijk om een gunst bij dit soort instellingen, die eisen stelden aan het zedelijk of religieus gedrag van de ontvangers. Mede om cliënten in nijpende gevallen materiële bijstand te kunnen bieden, richtte Meijers in 1924 de 'Centrale Vereeniging ter behartiging der maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken' op.

De Vereeniging had hiertoe aardig wat in kas: in 1939 gaf men bijvoorbeeld in totaal ruim zesduizend gulden uit aan het steunen van patiënten. Omgerekend naar huidige valuta is dat tegen de 55.000 euro. Dit geld was afkomstig van giften, maar

ook van subsidie van het Rijk en van provinciale besturen. Vaak hielp de Centrale Vereeniging mensen bij het aflossen van een huurschuld. In andere gevallen kocht men voor cliënten een meubel, huishoudelijk artikel of kledingstuk terug uit de Bank van Lening, daarheen gebracht als onderpand.²⁰ Dan waren er nog de ‘meer gecompliceerde gevallen’, in de woorden van Meijers. In zijn boek *De voor- en nazorg van geestelijk hulpbehoevenden* (1938) beschreef hij een aantal.

Zo behandelde hij een cliënte die in een ‘toestand van psychische onrust en angst’ verkeerde omdat zij haar zoontje miste. Het kind verbleef in Engeland bij zijn vader, een kunstschilder, met wie de vrouw in Duitsland had samengeleefd. Inmiddels had ze al jarenlang geen contact meer met haar ex-vriend en ze wist niet waar haar zoon woonde of hoe het hem verging. Geld om hem te zoeken, had ze niet. De Centrale Vereeniging schakelde vervolgens een detectivebureau in en traceerde het kind in een Engels kindertehuis. De moeder werd in staat gesteld erheen te reizen en haar kind terug te brengen naar Nederland. Hierna was de moeder weer geheel in orde.²¹

Een ander geval betrof een ‘onmaatschappelijk gezin’. De man was steuntrekker en alcoholist, de vrouw een ‘geestelijk debiel type’. De Centrale Vereeniging besloot alle aandacht te richten op hun oudste zoon, die te gronde dreigde te gaan. Hij werd in staat gesteld een eigen woning te zoeken en het loon dat hij verdiende bij een fietshandelaar ‘geheel te eigen bate’ aan te wenden. Daarna ging het snel beter met hem. De zoon vond een goede baan als automonteur en betaalde de avondschool voor zijn jongere broer. De nadelige invloed van het gezin op de kinderen was aldus minder geworden, concludeerde Meijers.²²

Toch hadden zijn nazorgactiviteiten niet tot resultaat dat de kosten voor de verpleging van Amsterdamse krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten daalden. Amsterdam had zelfs te maken met het snelst stijgende aantal gestichtsoptnames in Nederland. Dat lag ongeveer vijftien procent boven het landelijk gemiddelde.²³ In 1926 stelde de gemeente een commissie in die moest onderzoeken hoe een einde kon worden gemaakt aan de stijging van deze kosten. Het voorkomen van nieuwe opnames moest meer prioriteit krijgen, concludeerde de commissie in 1930. Daartoe werd in 1931 Arie Querido aangesteld.

Querido op safari

De jonge zenuwarts was blij met deze kans om psychiatrisch werk te doen buiten de muren van het gesticht, maar hij kreeg naar eigen zeggen geen warm welkom op de GG & GD. Meijers zou tegen hem gezegd hebben: 'Ik heb doodgewoon geen behoefte aan iemand naast mij'. Querido had het gevoel dat hij 'voor Piet Snot' op kantoor zat. In overleg met Meijers, die over enkele jaren met pensioen zou gaan, besloot hij 'op safari' te gaan langs de gestichten waar Amsterdammers opgenomen zaten. Het ging om ongeveer drieduizend personen. Querido was ruim anderhalf jaar bezig met beoordelen of zij inmiddels geschikt waren om weer terug te keren in de maatschappij.²⁴

Ook in de gestichten wachtte hem niet altijd een warm welkom. 'Je krijgt geen patiënt te zien', zei een geneesheer-directeur tegen hem. Volgens Querido waren de directeurs bang dat hij hun 'beste patiënten' kwam weghalen, die het goed deden in de arbeidstherapie en weinig moeilijkheden gaven.²⁵ Toch lukte het hem na enig aandringen om alle Amsterdamse patiënten te zien. Toen Querido klaar was met zijn ronde concludeerde hij dat niemand ten onrechte opgenomen zat. Slechts tien procent kon volgens hem weer terugkeren in de maatschappij, als de sociale omstandigheden het zouden toelaten. Dat wilde vooral zeggen: als het gezin in staat en bereid was om een patiënt weer op te nemen.

Dat was niet altijd het geval. Eens probeerde Querido een 'imbeciele' man uit de inrichting terug te halen naar de stad. De gezinsleden verzetten zich hevig. Ze voerden aan dat hun woning te klein zou zijn, maar dat was niet zo, constateerde Querido bij een huisbezoek. Er was wel een ander probleem. De moeder van de cliënt woonde met haar andere vier kinderen op het terrein van een fabriek, waarin de kinderen werkten. De fabrieksdirecteur wilde de verstandelijk gehandicapte zoon nooit meer zien op het fabrieksterrein, waar hij in het verleden voor problemen had gezorgd. Zo at hij ooit rauwe eieren uit het kippenhok en 'deponeerde later de inhoud van zijn maag in de fabriek'. Uiteindelijk plaatste Querido hem op kosten van de gemeente in een pension.²⁶ Vanwege dit soort complicaties was Querido er jaren mee bezig om die tien procent terug te brengen in de stad.²⁷ In 1934 was hij er nog steeds niet mee klaar. In één dossier uit dat jaar vraagt Querido de directeur van de GG & GD toestemming om ondergoed, een werkpak en schoenen aan te schaffen voor een patiënt die thuiskwam in gestichtskleding.²⁸ Zijn ouders hadden geen geld om nieuw goed voor hem te kopen.



'Steuntrekkers' in Amsterdam, 1933

Een lapje grond met tuinhuis

Armoede was een probleem voor veel cliënten van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken en hun gezinnen. Eerder onderzoek toonde al aan dat zij voor een belangrijk deel afkomstig waren uit achterstandswijken in het centrum en oud-westelijke deel van de stad.²⁹ In de dossiers die voor dit boek zijn bekeken ging het doorgaans om mensen uit arbeiders- of lagere middenstandsgesinnen, waarvan de kostwinner een beroep had als 'los werkman', magazijnwerker, schoenmaker, winkeleigenaar of stukadoor. In deze crisisjaren kwam werkloosheid zeer vaak voor. Het aantal werklozen in Amsterdam steeg tussen 1929 en 1936 van 15.000 naar ruim 60.000, zo'n twintig procent van de beroepsbevolking.³⁶ Van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken was zelfs 80 procent van de cliënten werkloos in de jaren dertig.³⁰ De werkloosheidsuitkering ('steun') was toentertijd net genoeg voor de huur en een eenvoudige maaltijd. Werklozen moesten immers niet lui worden van de bijstand.

De psychische problemen van cliënten hielden volgens de artsen soms direct verband met hun financiële zorgen.³¹ Veel mannen werden bovendien nerveus van het stempelen, dat verplicht was voor 'steuntrekkers'. Een of twee keer per dag moesten ze een stempel komen halen in een stempellokaal, om te voorkomen dat ze stiekem een zwart baantje namen. De dagelijkse gang naar het stempellokaal, waar vaak lang in de rij moest worden gestaan, viel sommigen zwaar. Eén cliënt had bijvoorbeeld

last van 'kriebelingen in het hoofd' en 'zware gedachten' als hij stond te wachten in de rij. Hij kreeg op voorspraak van Querido voorrang bij het stempelen.³² Andere nerveuze cliënten stelde Querido enkele weken vrij van het stempelen.

Querido kon ook zorgen voor 'verstrekkingen in natura van levensbenodigdheden, gereedschappen, kleding, reisgeld' en dergelijke, als hij dat nodig achtte voor het geestelijk evenwicht van een patiënt.³³ Een man die sinds hij werkloos was geworden last had van maagklachten, hoofdpijn en futloosheid, kreeg bijvoorbeeld op kosten van de gemeente een liter melk per dag.³⁴ Een ander kreeg de huur van een lapje grond op een volkstuinencomplex vergoed, alsmede gereedschap en zaden. Uiteindelijk betaalde Querido, samen met de Centrale Vereniging van Meijers, zelfs voor de bouw van een tuinhuisje. Daar waren lange onderhandelingen aan vooraf gegaan, want Querido wilde eerst helemaal niet voor dat huisje betalen. Het ging om een flink bedrag en Querido maakte spaarzaam gebruik van zijn mogelijkheden om patiënten te steunen. De materiële hulp moest geen 'zoethouden, omkopen of sinterklaas-spelen' zijn, maar een 'nauwkeurig gedoseerde medicijn'.³⁵ Zijn budget hiervoor was 1500 gulden,³⁶ maar de jaarlijkse uitgave aan deze post bedroeg niet meer dan 500 gulden, meldde hij trots.

Volleerde parasieten

Querido was een zuinig beheerder van de gemeenschapsgelden. Dat was natuurlijk de werkopdracht waarmee hij was aangesteld, maar het lijkt voor hem ook een principekwestie te zijn geweest. Zoals er destijds door nationale en lokale overheden voor werd gewaakt dat werklozen teveel zouden gaan leunen op de steun, waardoor ze zich tot 'beroepswerklozen' zouden ontwikkelen, zo waakte Querido ervoor dat zijn cliënten geen 'beroepspatiënten' zouden worden.³⁷ Hij schreef:

Er moet voor worden gewaakt, dat de materiele hulp, die men geeft, steeds een individueel karakter draagt en nooit op routinebedeeling gaat gelijken. Ook, dat men zich niet laat dwingen door de patiënten, die hun geestelijk evenwicht als een soort passepartout gaan beschouwen tot allerlei sociale voorrechten.

Zijn ergernis over profiteurs blijkt ook uit de dossiers. Zo omschreef hij een echtpaar als een stel 'volleerde parasieten'. Het betrof een vrouw met een werkloze man en twaalf kinderen. Ze was eind jaren twintig opgenomen geweest en had het nu weer moeilijk. Het was zo druk thuis met al die kinderen, ze 'kon er niet meer tegen'. Dankzij een medische verklaring van Querido aan het bureau voor Maatschappelijke Steun konden de jongste drie kinderen van de vrouw tijdelijk naar de

crèche, op kosten van de gemeente. Er volgde echter een jarenlang gesteggel over verlenging van deze steunmaatregel. Die kon niet blijvend duren, vond Querido. Soms verlengde hij de plaatsing in de crèche, dan weer trok hij hem voor één of meer kinderen in. Misprijzend schreef hij toen de vrouw weer zwanger bleek te zijn: 'Onmaatschappelijke juffer. Verwacht over 14 dagen weer een baby'. De thuiszorg die het gezin enige tijd kreeg van de gemeente zette hij helemaal stop, want de werkloze man kon immers het huishouden best doen. Bovendien maakte de vrouw volgens de nazorgzuster 'een brutale, luie indruk'.³⁸

Toch had Querido het naar eigen zeggen wel te doen met mensen die moesten leven in een 'absolute afhankelijkheid' van een minimale uitkering. In zijn memoires schreef hij:

Twee maals daags in grauwe troepen bijeen gedreven om het stempel te halen; ontbrak er een dan werd het schamele sommetje naar evenredigheid gekort. Waren de zolen van de kinderen versleten dan moest eerst de ambtenaar komen kijken. En het was heus geen uitzondering dat de gaten bleven als moeder niet erg willig was.³⁹

De afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken ging veel 'menselijker' om met haar cliënten, beweerde Querido. De dossiers laten echter zien dat hijzelf en zijn medewerkers ook vaak negatieve oordelen velden over de Amsterdammers die ze achter hun voordeuren aantreffen. 'Vrouw ziet er zeer slordig en groezelig uit met loshangende haren', schreef men dan bijvoorbeeld. Cliënten werden ook slap, egocentrisch of verwend genoemd.

De aantekeningen in de dossiers maakten Querido en zijn collega's duidelijk nog geheel voor zichzelf en elkaar. Ze hoefden er geen rekening mee te houden dat cliënten hun dossiers ooit ter inzage zouden opvragen. Die mogelijkheid bestaat pas sinds 1994, toen dit recht is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Sindsdien letten hulpverleners goed op dat zij geen waardeoordelen over cliënten noteren, maar in de jaren dertig nam men nog geen blad voor de mond. Door de snelheid van werken en het grote aantal klanten van de afdeling was er wellicht ook weinig tijd voor zelfcensuur. Zo schreef een arts over een vrouw dat zij een opvallend uiterlijk had; 'haar heele optreden doet denken aan een operadiva, wier glorie gepasseerd is'.⁴⁰ Ook omschreef men cliënten als 'onuitstaanbaar en lastig', 'dik, vet en rond', of een 'leugenachtig individu, onbetrouwbaar'.

Bezien vanuit de realiteit van nu is dit misschien niet meer dan wat stoom afblazen op papier. Het wil niets zeggen over de manier waarop men de mensen in een gesprek benaderde. Men onthield in ieder geval niemand de houvast en steun die de afdeling kon bieden. Wel was men bij 'parasieten' zo spaarzaam mogelijk met

materiële hulp. Hoewel hij geen voorstander was van eugenetische maatregelen als sterilisatie of afzondering, zoals sommige tijdgenoten, was Querido wel sterk gekant tegen mensen met een in zijn woorden ‘onmaatschappelijke levenshouding’. Dit ‘pauperisme’, dat vaak hardnekkig weerstand bood tegen alle methoden van sociale hulpverlening, was volgens hem gevaarlijk. Door de slechte verzorging van de kinderen waren onmaatschappelijke gezinnen ‘haarden voor de grote maar vooral voor de kleine misdaad, vervuiling en ontaarding’.⁴¹

Een gek vernielt zijn huis

Na het vertrek van Meijers per 1 augustus 1933 was Querido de feitelijke leider van de afdeling, hetgeen in 1934 werd geformaliseerd. Nadrukkelijk was hem door de directeur van de GG & GD Louis Heijermans te kennen gegeven dat het zijn taak was om te bezuinigen op ‘wat te veel werd opgenomen’.⁴² Ook moesten familieleden leren om een patiënt in hun gezin beter te ‘verdragen’, vond Heijermans. ‘Een feit is toch’, schreef hij in 1933, ‘dat heel wat patiënten in een inrichting terecht komen, omdat de familieleden hen niet begrijpen; er ontstaan spanningen, die zoowel op het gezin, als op de patiënt funest inwerken’.⁴³

Onder het bewind van Querido ging daarom een nieuwe regel gelden: in alle crisissituaties die door politie, huisartsen, vrijgevestigde zenuwartsen of andere partijen werden aangemeld, moest er eerst een psychiater van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken langskomen om te beoordelen of dit een psychiatrische patiënt was die moest worden opgenomen. Voordien werd iemand in crisis meteen naar een ziekenhuis vervoerd, meestal door de politie. Vaak was dat paviljoen III, de psychiatrisch-neurologische afdeling van het Wilhelmina Gasthuis. Querido deed de psychiatrische eerste hulp overigens zeker niet alleen: tot 1938 had hij J. Wuite als vaste psychiater naast zich, daarna psychiater Johan van der Spek. Ook liepen er altijd één of meer zenuwartsen in opleiding stage op zijn afdeling. Uit de dossiers blijkt dat deze collega-psychiaters van Querido het gros van de huisbezoeken deden.

Mogelijk was Querido bij het ontwerpen van de notie van psychiatrische eerste hulp geïnspireerd door zijn collega Henk Jelgersma.⁴⁴ In samenwerking met de Leidse GGD ontwikkelde Jelgersma vanaf 1928 een werkwijze waarbij hij een huisbezoek bracht bij alle Leidenaren voor wie een opnameverzoek werd gedaan. Daarbij stelde hij zich op het standpunt dat het gevaar van een opname zoveel mogelijk moest worden afgewend. Een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis vond Jelgersma schadelijk.⁴⁵ Jelgersma en Querido kenden elkaar uit de tijd dat ze werkten in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest, in 1927. Ze vonden het er allebei even

vreselijk. Querido omschreef inrichtingen als 'oorden der verveling'.⁴⁶ Beiden groeiden ze uit tot belangrijke pioniers van de acute en sociale psychiatrie, waarover ook Jelgersma in bespiegelende zin veel heeft geschreven.

In zijn autobiografie heeft Querido prachtige beschrijvingen gegeven van de psychiatrische eerste hulp waarmee zijn afdeling begon te werken. Zo meldde de politie op een avond dat 'een gek' zijn huis aan het vernielen was. De psychiater die langsging trof een huiskamer waarin de meubels omver lagen en het servies in scherven was. De 'patiënt', een jongen van achttien jaar, lag op de vloer en werd door twee agenten in bedwang gehouden. De psychiater zette in op het 'herstel van een rustige atmosfeer', aldus Querido. Hij gaf de patiënt een stoel en begon een gesprek met hem en zijn ouders. Het bleek dat de jongen werk deed dat boven zijn vermogen lag, waardoor zijn loon steeds werd gekort, hetgeen leidde tot spanningen thuis. De psychiater bood aan te helpen bij het zoeken naar meer passende arbeid. De jongen kalmeerde en ging zich op advies van de psychiater opknappen om naar zijn mandolineclub te gaan. 'Tien minuten later', aldus Querido, 'zien de burens de jongen het huis uitkomen, haar geplakt, blauw pak aan, mandoline onder zijn arm. Van achter de gordijnen zien zij de gevaarlijke gek in de auto van de dokter stappen om naar zijn club te worden gereden.'⁴⁷

Ook in de onderzochte dossiers kwamen gevallen voor waarin een opname was voorkomen door een psychiatrisch huisbezoek. Op een keer werd de GG & GD geroepen bij een zelfmoordpoging van een man van middelbare leeftijd. Hij had zich opgehangen, maar was tijdig gevonden en het touw was door de familie doorsneden. De man was tijdelijk bewusteloos geweest, maar toen de psychiater kwam zat hij 'rustig te eten'. De psychiater oordeelde dat familieruzies de oorzaak waren geweest van dit 'hysterisch acces' (opwindingsstoestand). Opname werd niet nodig geacht.⁴⁸ In een ander geval ging men langs bij een vrouw die zou hallucineren. De dienstdoende psychiater vond bij zijn huisbezoek geen aanwijzingen voor 'geestelijke afwijkingen'. Wel was de vrouw aan het bevallen van haar achttiende kind. Zij had weeën, maar verder was er volgens hem niks aan de hand.⁴⁹ Bij een andere vrouw vond men haar depressieve klachten (nog) niet ernstig genoeg voor een opname. Anderhalf jaar bleef ze onder controle van de GG & GD, maar het ging niet beter. Ze bleef moe, duizelig en somber en vermagerde bovendien gestaag. 's Nachts had ze soms 'zenuwaanvallen', waardoor ze ging gillen. Op een gegeven moment dreigde ze zichzelf en haar kind wat aan te doen door de boel in brand te steken. 'Het is nu al 2 jaar mis. Al zo lang gesukkeld en daarom opnemen', noteerde men uiteindelijk in haar dossier.⁵⁰

Het hoofd in de gasoven

Meestal werden opnameverzoeken echter wél ingewilligd. Slechts in tien procent van de gevallen voorkwam de psychiatrische eerste hulp dat iemand naar een instelling ging.⁵¹ In de overige negentig procent van de gevallen lieten Querido en zijn collega-psychiaters cliënten opnemen in Paviljoen III, de Valeriuskliniek, of direct in een psychiatrisch ziekenhuis buiten Amsterdam. Het ging doorgaans om mensen met ernstige klachten. Na een zelfmoordpoging (meestal 'met gas', waarbij men het hoofd in de gasoven stak) kwamen cliënten doorgaans in een psychiatrische kliniek terecht. Bij veel opnames ging het om mensen met psychotische symptomen (wanen en/of hallucinaties, gepaard met zelfverwaarlozing, lethargie of verward gedrag), maar er waren ook mensen met zware depressies die al wekenlang slecht sliepen, sterk waren vermagerd of hun bed niet meer uitkwamen.

Niet in alle gevallen was te achterhalen hoe patiënten bij de GG & GD terecht kwamen. Toch valt wel vast te stellen dat verreweg de voornaamste verwijzers huis-

Paviljoen III, de psychiatrische afdeling van het Wilhelmina Gasthuis



artsen en vrijgevestigde zenuwartsen waren.⁵² Andere verwijzers waren Paviljoen III of psychiatrische ziekenhuizen buiten de stad, die om nazorg van een ontslagen patiënt verzochten. Opvallend genoeg kwam de politie zelden in de dossiers voor. Slechts in tien gevallen kwamen patiënten in beeld via de politie of via een speciale onderafdeling van de politie (de zedenpolitie, kinderpolitie of vreemdelingenpolitie). Querido suggereert in zijn autobiografie dat de rijdende psychiater vaak werd ingeroepen als agenten te maken hadden met een acute crisis rond een verwarde persoon ergens in de stad. Gedemonstreerd kon dan worden, schreef hij, 'dat het niet nodig was een "zenuwlijder" gillend op een brancard gebonden naar het ziekenhuis te brengen, maar dat dit ook in een gewone auto kon, liefst naast de chauffeur'.⁵³

Dit soort situaties kwam in de dossiers echter maar een enkele keer voor. Zo onderzocht psychiater Wuite op het politiebureau een meisje, dat door een agent van een pontje was gehaald waar ze vanaf wilde springen. Wuite noteerde: 'Pat. wilde, nadat haar vrijer de verkeering had afgemaakt, zich van kant maken. Pat. ligt slap in elkaar op den grond. Reageert echter wel op aanspreken. Alles is haar onverschillig, niets kan haar meer schelen. Naar huis gebracht.' Blijkbaar schatte Wuite het risico op een herhaling van de suïcidale actie laag in.⁵⁴

Naar schatting werd jaarlijks de opname van enkele tientallen personen voorkomen.⁵⁵ Het totale aantal in psychiatrische inrichtingen en verpleeginrichtingen opgenomen Amsterdammers daalde echter na 1934 nauwelijks. Wel werd de *groei* van het aantal opnames onder Querido's bewind een halt toegeroepen.⁵⁶ Dat kan echter ook te maken hebben gehad met de intensivering van de nazorgactiviteiten in de jaren dertig. Opvallend is bijvoorbeeld dat het aantal patiënten dat in gezinsverpleging zat, onder Querido's bewind sterk toenam.

'Mededoogen voor geestelijk misdeelden'

In 1935 verscheen van Querido's hand *De omgang met geesteszieken in het gezin*. Geheel in de geest van de internationale *Mental Hygiene Movement*, waarvan ook hij lid was, keerde Querido zich in dit boek tegen het stigma rond geestesziekte. In de maatschappij heerste volgens hem een diepe 'angst voor den gek'.⁵⁷ Die berustte op irrationele vooroordelen, vond Querido. Zijn ideaal was om te voorkomen dat de krankzinnige zou worden uitgestoten en vereenzamen. 'Het streven van de moderne behandelingswijze is: de patiënt in een gemeenschap vast te houden', schreef hij.⁵⁸

Als het in het eigen gezin echt niet meer ging, dan kon een pleeggezin een goed (tijdelijk) alternatief vormen voor gestichtsopname. Het aantal patiënten van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken dat in gezinsverpleging zat, steeg in de jaren

1935 en 1936 van ongeveer 270 tot bijna 480.⁵⁹ De afdeling had in 1933 een grootscheepse advertentiecampagne op poten gezet om gezinnen te zoeken die bereid waren om ‘tegen redelijke vergoeding’ mensen te verzorgen met ‘geestelijke afwijkingen’. Waarschijnlijk was er geen standaardvergoeding, maar kwam men in samenspraak met de gezinnen een bedrag overeen. In één geval werd een bedrag genoemd van 45 gulden per maand, plus kleding. Omgerekend naar huidige valuta is dat ruim vierhonderd euro.⁶⁰ Een ander gezin ‘nam genoeg’ met veertig gulden en kleding.⁶¹ In weer een ander dossier wilde een vrouw wel voor slechts twintig gulden per maand een cliënte in huis nemen.

Gezinsverpleging stond in Nederland al langer in de aandacht. Het grote voorbeeld was het Belgische plaatsje Geel, dat in de Middeleeuwen een bedevaartsoord was geworden voor mentaal gestoorden.

Sinds 1851 was Geel een rijksinstelling voor gezinsverpleging van zwakzinnige of psychiatrische patiënten. Er verbleven in 1937 ook 765 Nederlanders. In eigen land ontstond in 1922 de kolonie voor gezinsverpleging Beileroord. Het fenomeen bleef echter marginaal. Dat veranderde pas in de crisisjaren, die een duidelijke impuls gaven aan de gezinsverpleging in ons land. Op het hoogtepunt in 1939 verbleven er zo’n 1100 geesteszieken in gezinsverpleging.⁶²

De maatschappelijke belangstelling voor de gezinsverpleging blijkt ook uit het succes van de roman *Het licht op den drempel* (1937) van Fré Dommisse, die in korte tijd twee drukken beleefde. De roman werd geprezen om zijn ‘diep menselijk mededoogen’ en de ‘hooge sociale idealen’ die de schrijfster nastreefde.⁶³ De hoofdpersoon in het boek is nazorgzuster Til, die ijverig de stad doorfietst om op huisbezoek te gaan bij patiënten die in gezinsverpleging zitten. Steeds moest worden bekeken of het nog wel ging in de gezinnen. Til maant de patiënten om zich zoveel mogelijk te beheersen, om zich te kunnen handhaven in de maatschappij. Steeds zorgde ze voor praktische oplossingen, bijvoorbeeld door het regelen van kleding en meubels. Bij de verzorgers prees zij hun geduld en begrip. Ze bood vooral emotionele steun, zowel aan de patiënten als aan hun verzorgers. Die hadden het soms zwaar. Onrustige patiënten bezorgden hen slapeloze nachten. Anderzijds hadden veel gezinnen ook baat bij de aanwezigheid van de patiënten, die bijvoorbeeld tijdelijk het huishouden



**Fré Dommisse, schrijfster
van *Het licht op den
drempel* (1937)**

konden overnemen als de vrouw des huizes ziek was. Aan het einde van de roman houdt Til een bevlogen pleidooi:

Op den drempel van het gesticht zoeken patiënten soms weer tastend den weg terug naar onze samenleving, een weg, dien zij in veel gevallen niet meer alleen kunnen vinden, zoodat zij angstig terugdeinzen. Het is de liefde der geestesgezonden, die hun hier de hand moet reiken, de liefde, die mededoogen kent ten opzichte der geestelijk misdeelden. [...] Die liefde te wekken [...] dat is de taak van den voor- en nazorgdienst voor geesteszieken, dat is: Het licht op den drempel!

Een luxueus leventje

Eind jaren dertig was ongeveer de helft van alle Nederlandse psychiatrische patiënten die in gezinsverpleging zaten, uit Amsterdam afkomstig.⁶⁴ De opbouw van dit fenomeen was al gestart in de tijd van Meijers. Die schreef in 1928 dat zijn afdeling patiënten plaatste in gezinnen uit Soest, Goor en Diepenheim. In deze plaatsen had de dienst een vertegenwoordiger (meestal een dominee of het hoofd van de school) die als bemiddelaar optrad tussen de verpleegde, het gezin en de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken. De vertegenwoordiger oefende toezicht uit, maar ook Meijers zelf ging regelmatig op bezoek, 'zoo mogelijk meermalen per jaar', om het contact met de verpleegden te onderhouden.⁶⁵ In 1932, toen Meijers de afdeling nog leidde, werden 54 patiënten in gezinsverpleging geplaatst, het jaar daarna nog eens 70.⁶⁶ In Querido's tijd werkte men nog steeds met deze vertegenwoordigers, die men nu 'toezichthouders' noemde.



De GG&GD zoekt pleeggezinnen, 1933

Gezinnen wierf de GG & GD ook door middel van advertenties. De campagne uit 1933 had geresulteerd in de aanmelding van 32 nieuwe gezinnen, waarvan er 18 na 'grondig persoonlijk onderzoek ter plaatse' geschikt leken te zijn. De andere gezinnen kwamen niet in aanmerking, bijvoorbeeld omdat zij niet genoeg ruimte hadden in hun woning. Ook op het karakter werd gelet. Een geschikt gezin omschreef de nazorgzuster als 'flink en betrouwbaar'. Voor de gezinsverpleging waren ook rustige mensen nodig, schreven deskundigen destijds. Prikkelbare mensen die weinig konden verdragen, waren niet geschikt.⁶⁷ In hun motivatiebrieven aan directeur Heijermans vertelden sommige kandidaten eerlijk, dat ze door de crisis op zwart zaad zaten. Zo meldde zich een stel dat vertelde hoe de kamers in hun pension 'door de slechte tijdsomstandigheden' dikwijls leeg stonden. Het echtpaar had geen 'ondervinding van verpleging', constateerde de nazorgzuster die op bezoek ging, maar ze waren 'wel vol goeden wil'. Het leek haar zeker een gezin om het mee te proberen.⁶⁸

Ook voor verpleegkundigen was de crisis aanleiding om zich op de markt voor gezinsverpleging te begeven. Veel getrouwde verpleegsters zagen hun man werkloos worden en grepen deze gelegenheid aan om de gezinsinkomsten wat aan te vullen.⁶⁹ In de dossiers kwamen veel van deze 'zusters' voor, die naar het schijnt vaak meerdere patiënten tegelijk in huis hadden. Gezinsverpleging lijkt een rekbaar



Vrouwen in gezinstherapie, 1935

begrip te zijn geweest; vaak was eerder sprake van een soort klein pension dat door een al dan niet getrouwde verpleegster werd gerund. Sommigen maakten veel werk van hun nazorgactiviteiten. Zo organiseerde zuster Schuurman 'nazorguitstapjes' en had zuster Harmsen een 'nazorgkoortje', waarin diverse patiënten zongen die bij de afdeling van Querido in behandeling waren.

Deze zuster Harmsen was blijkbaar protestants, want de moeder van een katholiek meisje dat een tijdje bij Harmsen in de gezinsverpleging zat, maakte zich zorgen dat haar dochter 'hard op weg [was] protestants te worden'. De moeder dacht ook dat het straks voor haar dochter lastig zou zijn om weer in haar eigen grote gezin terug te komen 'vanuit het rustige, betrekkelijk luxueuze leventje bij Zr. Harmsen'. De nazorgzuster adviseerde om de cliënte wat meer te laten werken in het tehuis, wat ze naar verluidt 'flink' deed.⁷⁰ Aan katholieke gezinnen die zich aanmeldten voor de gezinsverpleging was een gebrek.⁷¹ Dat was een probleem, want sommige familieleden vonden het prettig als hun gezinslid verpleegd werd binnen de eigen 'zuil'.

Een minder genoeglijke indruk

Het boterde niet altijd tussen de verpleegden en hun verzorgsters. Een zuster Tiggehaar was bijvoorbeeld heel ontevreden over een verpleegde die de medepatiënten op stang joeg door haar 'gepoch op man en kinderen'. Ze werd overgeplaatst naar een ander tehuis voor gezinsverpleging, maar ook daar ging het niet goed. De patiënte klaagde over de slechte verzorging. De thee zou slap zijn, de saus over het eten waterig, en de stampot kreeg ze geserveerd met een ei, vertelde ze verontwaardigd aan de nazorgzuster die op bezoek kwam.⁷² Een andere vrouw schreef een boze brief aan Querido. Ze vond dat ze in haar pleeggezin in Soest veel te hard moest werken. De vrouw des huizes was volgens haar 'zelf patiënt' en dus moest zij naar eigen zeggen de hele huishouding doen. Vooral de was voor het hele gezin viel haar zwaar. Het naaien en stoppen was ze ook niet meer gewend. Ze wilde graag naar een ander gezin.⁷³

De klachten kwamen meestal van de patiënten. Slechts in één dossier stond een kritische opmerking van een nazorgzuster over een situatie die zij aantrof. Zij schreef: 'De slaapgelegenheid, hoewel voldoende en frisch, maakt, gezien de verdere ruimte en indeeling van het huis een minder genoeglijke indruk, terwijl de vraag opkomt, of patiënte hier niet meer als ondergeschikte dan als huisgenoote wordt behandeld.' De patiënte zelf, een verstandelijk gehandicapt meisje, scheen echter wel met de stand van zaken tevreden te zijn en werkte graag mee in het huishouden. Er was uiteindelijk geen aanleiding om verandering aan te brengen, vond de nazorg-

zuster.⁷⁴ In een ander geval wendde de dochter van een patiënte zich tot de GG & GD. Ze vroeg of haar moeder niet in een ander gezin kon worden verpleegd, want de vrouw waar ze nu zat behandelde haar moeder 'zo minderwaardig en grauwt en snauwt haar maar.'⁷⁵

Tegenwoordig heeft de gezinsverpleging niet zo'n beste reputatie. Ten dele is dit een gevolg van Jan Wolkers' autobiografische relaas over de gezinsverpleging in zijn verhalenbundel *Serpentina's petticoat* (1961). Wolkers beschreef hierin hoe zijn gereformeerde ouders eind jaren dertig een geesteszieke vrouw in gezinsverpleging hadden, die door sommige gezinsleden erg werd gepest. De moeder van Jan Wolkers gebruikte al haar distributiebonnen om haar eigen kinderen te eten te geven. Uiteindelijk moest de verpleegde in de oorlog 'in een staat van verregaande ondervoeding' door het gesticht worden teruggehaald.⁷⁶

Ook in de jaren dertig waren er al mensen die hun bedenkingen hadden bij de gezinsverpleging. In de wereld van de kinderbescherming was het al sinds de negentiende eeuw een veelgebruikte methode, maar in 1939 verscheen een kritisch rapport van de Bond tot Kinderbescherming. In gezinnen waar het kostgeld de belangrijkste reden was om een kind in verpleging te nemen, bleek er een aanzienlijk grotere kans dat het pleegkind zich ongelukkig voelde.⁷⁷ Dat veel gezinnen zich juist in de crisisjaren aanmeldde voor de verpleging van Amsterdamse geesteszieken, lijkt dus geen gelukkige startpositie. Wel was er sprake van een gedegen selectie van gezinnen door de GG & GD en een geregelde controle op de situatie ter plekke, door zowel de zusters als ook de artsen van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken. Eenmaal sloot de GG & GD een tehuis voor gezinsverpleging, omdat men zich niet kon verenigen 'met de wijze, waarop het hoofd van dit tehuis zijn taak opvatte'.⁷⁸

Querido wijdt in zijn publicaties en zijn autobiografie opvallend weinig woorden aan de gezinsverpleging. Hij vertelt alleen dat deze kant van zijn werk kon worden overgelaten aan zuster Nuys, 'die vele jaren mijn trouwe medewerkster is geweest'.⁷⁹ Inderdaad vinden we in de dossiers veel aantekeningen van de nazorgzusters over de gezinsverpleging. Toch waren Querido en de andere psychiaters er ook de nodige tijd aan kwijt. In de dossiers is terug te vinden dat Querido veel correspondeerde met patiënten, gezinnen en toezichthouders. Ook gingen hijzelf en de andere artsen op controlebezoek bij mensen die in gezinsverpleging zaten.

Het bijbrengen van ziekte-inzicht

Het aantal patiënten in de nazorg steeg flink in de jaren dertig. Waren er bijvoorbeeld in 1936 nog 1494 patiënten in nazorg, in 1938 was dit aantal opgelopen tot 1977. Dit betekende veel werk voor de medewerkers van de afdeling, vooral voor de nazorgzusters, maar ook voor de artsen. In de dossiers noteerden de artsen hun getypte aantekeningen op roze papiertjes ('rosjes') en de zusters op blauwe ('blauwtjes'). De zusters gingen duidelijk frequenter op bezoek, maar ook de artsen gingen vaak langs bij de nazorgpatiënten. Om enige indicatie te geven: in 1936 brachten de artsen 2909 nazorg bezoeken en de zusters voor het maatschappelijk werk 4139. Daarnaast waren er in dat jaar nog 3200 'consulten' op het bureau in verband met de voor- en nazorg.

De aantekeningen in de dossiers geven een aardig beeld van de nazorg in de dagelijkse praktijk. De artsen of zusters maakten een praatje met de patiënt en diens gezinsleden en letten er ondertussen goed op, hoe iemand erbij zat: hoe zag de patiënt eruit, hoe schoon en netjes was het huis? Leken de kinderen, indien aanwezig, goed verzorgd te worden? Verder was er aandacht voor het functioneren van de patiënten. Men informeerde of mensen wel goed sliepen en aten en observeerde ook of mensen niet te snel, langzaam of verward praatten. Leken ze onder de invloed van waandenkbeelden of hallucinaties, of maakten ze een depressieve indruk? Hoe brachten ze de tijd door, was het dag-nacht ritme niet verstoord? Werd er gewerkt, was er geld, lag men niet de hele dag op bed? En hoe was de sfeer in het gezin? De hulpverleners kalmeerden de patiënten zo nodig of probeerden hen zich te laten verzoenen met hun lot. Kibbelende echtgenoten of gezinsleden trachtte men begrip voor elkaar bij te brengen. Een duidelijk doel van de bezoeken was ook patiënten of hun familieleden ziekte-inzicht bij te brengen.

Het moderne thema medicatie(trouw) was in de jaren dertig vrijwel afwezig. Effectieve psychofarmaca waren er nog niet. In de klinieken werkten psychiaters met opiaten en andere kalmerende middelen, maar in de ambulante praktijk niet of nauwelijks, afgaande op de dossiers. Slechts één keer stond vermeld dat iemand wat medicatie mee naar huis kreeg na een bezoek op het bureau. In dit geval ging het om een dakloze zwerver, die in een opvanghuis van het Leger des Heils een zelfmoordpoging had gedaan met strychnine, een zeer giftige stof. In het Wilhelmina Gasthuis pompten de artsen zijn maag leeg en toen hij na een maand weer naar huis mocht, kwam hij terecht bij de GG & GD voor nazorg. Hij kreeg daar eenmaal 50 cc broom mee, een licht kalmerend middel.⁸⁰

Alleen bij mensen met epilepsie was medicatie duidelijk een thema. Zij moesten hun medicijnen goed blijven doorslikken om geen toevallen te krijgen en in de

maatschappij te kunnen functioneren. Een epileptische vrouw, die door Querido uit de inrichting was gehaald, kreeg 'poeders' te slikken, waarschijnlijk broomzouten of fenobarbital, destijds gebruikelijke medicijnen bij epilepsie. Ze hadden vervelende bijwerkingen. De zus van de patiënte moest ervoor zorgen dat ze die poeders toch goed bleef nemen, benadrukte de nazorgzuster. Maar na een paar jaar had de zus op eigen houtje de poeders verminderd, want ze vond dat de patiënte er zo suf van werd. In overleg met de huisarts verlaagde men de dosering.⁸¹

Het was niet de bedoeling dat de nazorg een blijvend karakter had. Als het goed ging met een patiënt werd hij of zij vaak 'ontslagen uit de nazorg'. Querido schreef dan een briefje waarin hij dit mededeelde. Hij schreef er wel bij dat de ontslagen patiënt altijd welkom bleef op het spreekuur van het bureau. Maar men ging niet meer thuis langs en de afdeling nam geen initiatief tot het maken van afspraken. Ook hier weer lijkt Querido te hechten aan het handhaven van de zelfredzaamheid van mensen. Net zoals zij niet afhankelijk mochten worden van materiële steun, of hun ziekte als 'passe partout' mochten gebruiken om sociale voorrechten te verkrijgen, zo moesten mensen evenmin afhankelijk worden van de psychiatrie.

Daarnaast was het streven de nazorg zo kort mogelijk te houden ook een vorm van pragmatiek: het werk van de afdeling zou ondoenlijk worden als men alle patiënten 'vasthield'. Er kwamen immers jaarlijks honderden nieuwe nazorgpatiënten bij. In 1937 bijvoorbeeld werden bij de afdeling 584 mensen voor nazorg ingeschreven, maar werden er ook 417 mensen uit de nazorg 'afgevoerd'. Van deze afgevoerde patiënten waren 42 personen overleden en 106 keerden terug naar het gesticht. Bij 175 werd genoteerd dat ze thuis waren hersteld. De overige 94 hadden kennelijk, ondanks het uitblijven van herstel, geen officiële nazorg meer nodig maar bleven nadien altijd welkom voor een praatje of een volgende crisisopname.

Verward en paranoïde gedrag

In sommige gevallen bleek het nazorgwerk succesvol. In 1938 behandelde Querido een man die ontslagen was uit Santpoort, waar hij verbleef vanwege schizofrenie. Eenmaal weer thuis bleek dat de man veel last had van het lawaai in zijn woning. Hij woonde langs de spoorbaan en de geluiden van de rangerende treinen maakten hem zenuwachtig. Querido schreef aan Heijermans dat hij deze man graag in de maatschappij wilde houden. Hij wilde 'alles in het werk stellen om een recidive, welke immers zoo vaak mede van uitwendige omstandigheden afhangt, te voorkomen'. De schizofrene man kreeg een andere gemeentewoning en blijkbaar ging het hem daarna goed, want in 1940 ontsloeg men hem uit de nazorg.⁸² In de dossiers valt op dat juist mensen met de diagnose schizofrenie, een ziekte die tegenwoordig

gezien wordt als een ernstige stoornis met een vaak chronisch verloop, na enige tijd weer uit de nazorg werden ontslagen.

Een enkele keer onttrok de familie een patiënt uit de nazorg van de GG & GD. Dat gebeurde bijvoorbeeld in het geval van een jonge vrouw die in de war was geraakt nadat haar verloving was verbroken. Sindsdien gedroeg zij zich volgens de psychiater van de GG & GD 'gemaniëreed, bizar en negativistisch'. In psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch stelde men de diagnose op schizofrenie. Na haar ontslag noteerde de nazorgzuster dat patiënte zich nog wel 'vreemd' gedroeg. Ze trok rare gezichten. Moeder was echter heel tevreden. Haar dochter was rustig, vertelde ze, en hielp goed in het huishouden. Ze zat veel te lezen in de Bijbel en in een boekje van de Christian Science. Mogelijk las ze het werk van Mary Baker Eddy (1821-1910), de Amerikaanse stichtster van deze religieuze stroming. Baker Eddy was wonderbaarlijk hersteld na een ernstige val, zonder doktershulp. Ze geloofde dat ze was genezen door haar christelijke geloof en raadde andere zieken aan om veel te bidden. De moeder vond dat haar dochter erg vooruitging sinds ze aanhanger was van deze Amerikaanse godsdienst.

De zusters van de GG & GD waren het hier niet mee eens; zij vonden dat moeder geen inzicht had in de ziekte van haar kind. Kritisch noteerden zij: 'Moeder vindt maar dat alles prachtig gaat. Haar dochter wordt dan aangetroffen half gekleed op de rand van haar onafgehaalde bed, zit te handwerken of te zingen. [...] Ze wordt dik. Haar ouders laten haar doen wat ze wil.' Hoewel de zusters ook constateerden dat de patiënte 'vreemde uitdrukkingen' gebruikte en dat haar gedachtegang wel erg snel en actief leek te gaan, wist zij na enige tijd zelfs een volle betrekking te vinden als huishoudster. Moeder vond haar volkomen hersteld, terwijl de zusters zich afvroegen 'wat haar prestaties daar zijn in betrekking'. Ze maakte op hen nog steeds een 'vreemde, inactieve indruk'. De inzichten van de medewerkers van de GG & GD liepen duidelijk niet parallel en de moeder van het meisje haalde haar na een jaar weg uit de nazorg. Toen deze patiënte eind jaren zestig weer in beeld kwam, wegens verward en paranoïde gedrag, bleek ze nog altijd bij haar inmiddels hoogbejaarde moeder te wonen. Het was al die tijd redelijk goed gegaan. Ze gedroeg zich soms wat raar en drong zich bij mannen op, maar toch had ze zich jarenlang kunnen handhaven in diverse betrekkingen.⁸³

Sommige mensen bleven daarentegen jarenlang onder sociaalpsychiatrisch toezicht. De bovengenoemde eigenaar van het volkstuintje bleef tientallen jaren af en toe op het spreekuur komen. De nazorg had hier vooral als functie om hem even stoom te laten afblazen. Men omschreef hem als een 'querulante paranoïde patiënt', die om de zoveel tijd zijn complottheorieën even kwijt moest. Soms moest de GG & GD de gemoederen wat kalmeren, bijvoorbeeld als hij zich onmogelijk had ge-

maakt op het volkstuinencomplex, ruzie had met zijn familie of een bizarre brief had geschreven aan de koningin. Daarna bleef het dan weer een tijdlang rustig. Bij andere patiënten had Querido het er moeilijker mee dat ze maar bleven hangen bij zijn afdeling. Met name gold dat voor hysterici en psychopaten, met wie hij het soms flink te stellen had.

‘Dwingers’

Wat meteen in het oog springt in de dozen met cliëntendossiers van de afdeling van Querido, is het enorme verschil in dikte tussen de dossiers. Sommige bevatten een enkel velletje, bijvoorbeeld een briefje van het Wilhelmina Gasthuis waarin men meedeelt dat iemand daar opgenomen was geweest wegens een ‘commotio cerebri’ (hersenschudding). Andere dossiers waren centimeters dik en bevatten talloze briefwisselingen tussen Querido en diverse zorginstellingen, correspondentie van Querido met de patiënt zelf, en daarnaast uitzonderlijk uitgebreide ‘rosjes’ en ‘blauwtjes’.

Het ging hier om mensen die lange tijd in beeld waren en met wie men zich intensief bemoeide. Hun diagnose was vaak alcoholisme, narcomanie (verslaving aan opiaten of kalmerende middelen), hysterie, psychopathie dan wel een combinatie hiervan: bijvoorbeeld ‘hystero-psychopathie’, of ‘hysterie en narcomanie’. Deze groep patiënten was niet heel groot; hij besloeg ongeveer vijf procent van de 385 dossiers die zijn ingezien. Maar als we van die 385 de kinderen, zwakzinnigen en epileptici buiten beschouwing laten, dan maken deze hystero-psychopaten en chronische alcoholisten zeker vijftien procent uit van de groep volwassen geesteszieken.

Het ging vooral om vrouwen (tachtig procent) die gemiddeld 39 jaar oud waren toen ze in beeld kwamen bij de GG & GD. Daarvoor hadden ze al een lang psychiatrisch verleden. Ze vroegen buitenproportioneel veel aandacht van Querido en zijn collega’s, omdat hun levens maar niet wilden stabiliseren. Hoewel hij netjes hun brieven bleef beantwoorden, zij het wat kortaf (‘Ik kan op uw verzoek niet ingaan’ of ‘Blij dat u het zo goed maakt’), komt uit de dikste dossiers goed naar voren dat sommige patiënten Querido tot radeloosheid konden drijven.

In zijn boek *De omgang met geesteszieken in het gezin* omschreef hij dit soort mensen als ‘onharmonische persoonlijkheden’, met als specifieke verschijningsvorm: de ‘dwingers’. Vanwege schokkende ervaringen in hun jeugd, hadden zij een stoornis opgelopen in de ontwikkeling van hun persoonlijkheid. Ze misten realiteitsbesef en stonden tegenover de wereld ‘als een onbevredigd kind.’⁸⁴ ‘Voor deze mensen’, aldus Querido, ‘steekt in hun ziekte een zekere macht, waardoor zij met hun ziekte verder komen in de bevrediging van hun verlangens, dan hun dat zonder ziekte mogelijk geweest zou zijn. De ziekte brengt winst – men versta mij goed: over

aanstellen, bewust simuleren wordt hier niet gesproken'. Volgens Querido was de beste gedragslijn bij dit soort patiënten hen te negeren. Pas als de aandacht die deze dwingers probeerden op te eisen achterwege bleef, hielden de verschijnselen op.⁸⁵

In de sociaalpsychiatrische praktijk was het niet altijd makkelijk deze gedragslijn te volgen. Eén vrouw bijvoorbeeld werd niet alleen in meerdere psychiatrische instellingen opgenomen, maar verbleef ook op kosten van de gemeente in maar liefst twaalf gezinnen. Nergens ging het lang goed. Daarop plaatste Querido haar in een tehuis van de Hulp voor Onbehuisden, maar daar wilde men haar ook niet houden. Ze vocht met medeverpleegden en er sneuvelden meerdere ruiten. Ten slotte stuurde Querido haar naar Geel. Aan de wethouder voor de openbare gezondheid en het ziekenhuiswezen schreef hij: 'Deze vrouw is een zeer moeilijke psychopathe, die in Nederland op vele adressen en in vele gestichten verpleegd is geweest. Zij werd tenslotte in Geel opgenomen, omdat ik hier geen raad met haar weet.' Na een verblijf van een jaar in België ging het langzaam iets beter; ze wist zich in een betrekking als hulp in de huishouding te handhaven. Geregelde nazorg bleef echter nodig tot diep in de jaren vijftig.

Een alcoholist-psychopaat van middelbare leeftijd spande de kroon.⁸⁶ Hij werd tussen 1913 en 1945 liefst 47 keer opgenomen in het Wilhelmina Gasthuis en tien keer in een psychiatrisch ziekenhuis. Dan weer was hij stomdronken aangereden door een auto, een volgende keer belandde hij met verwondingen en gescheurde kleren op straat na een vechtpartij. Tussendoor verbleef hij in het Armenhuis of een opvangtehuis van het Leger des Heils. De artsen van het Wilhelmina Gasthuis hadden het helemaal met hem gehad, blijkt wel uit hun ontslagbrieven, die steeds geïrriteerder van toon werden. Ze omschreven hem als een 'lastige veeleischende queruleerende persoonlijkheid', die het hoog in zijn bol had, hoog opgaf van zijn filosofische kennis, zeer hoge eisen stelde aan zijn omgeving, 'doch zelf vindt, dat hem niets verweten kan worden.'

Zijn dossier zat vol brieven die Querido wisselde met het Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme (MCA) en andere instanties die zich met de man bemoeiden. Het MCA bleef er bij Querido op aandringen de man te laten opnemen. Zo schreef psychiater W. Kat van het MCA:

Amice. Het is weer 'danig mis' met cliënt, zeer paranoid, voelt zich opgejaagd. Heeft angstaanjagende visuele hall. Een deur die opengaat, een zwarte gedaante komt binnen, enz. Hoort ook stemmen, die hem aanzetten tot exhibitioneren, hetgeen hij dan ook gedaan heeft, in een café. Ik geloof dat opname weer het enige zal zijn. Wil je het eens bekijken? Hij drinkt ook weer.

Querido zocht naar creatieve goedkope oplossingen en plaatste de man in Huize Morgenlicht in het Drentse Groesbeek, in een rustige plattelandsomgeving. De mannen hadden hier keurige eenpersoonskamers en werkten overdag op de boerderij. De directeur was een evangelist. Ook zat deze chronische alcoholist in Groot Batelaar, een landbouwkolonie van het Leger des Heils voor dronkaards en zwerwers. Op kosten van de GG & GD was een complete werkuitrusting voor de man op maat gemaakt. Het mocht allemaal niet baten.

De braakspuit

Afgaande op de dossiers hadden de diagnoses hysterie en psychopathie indertijd ook al een vrij negatieve lading. Hysterie lijkt een term die men gebruikte voor mensen (vaak vrouwen) die trammelant schopten en hun familieleden – en artsen – tiranniseerden. Hun vreemde of zelfdestructieve gedrag werd niet veroorzaakt door wanen of hallucinaties, maar had een sterk ‘functioneel karakter’, zoals men het noemde. Dat wil zeggen dat het in dienst stond van een doel: hun omgeving te manipuleren. Over een hysterica die tientallen zelfmoordpogingen deed, schreef men bijvoorbeeld dat haar suïcideneigingen ‘theatraal’ aandeden en dat zij ze gebruikte om te proberen moeilijkheden in de familie tot een oplossing te brengen.⁸⁷

Psychopathie was een paraplueterm voor mensen die antisociaal gedrag vertoonden, bijvoorbeeld in de vorm van verbale en fysieke agressie, criminaliteit, prostitutie of openbare dronkenschap. Achter het gebruik van de termen hysterie en psychopathie ging regelmatig een negatief waardeoordeel schuil over het karakter van cliënten, getuige bijvoorbeeld dit citaat uit een ontslagbrief die het Wilhelmina Gasthuis stuurde aan Querido:

Uw patiënt heeft met zijn tentamen suïcidii (zelfmoordpoging, G.B.) door middel van gas, wel de weg van de minste weerstand gekozen. De aanleiding tot zijn tentamen waren moeilijkheden in zijn bedrijf, waarvoor hij liever uit de weg ging, dan ze het hoofd te bieden. Ook overigens heeft patiënt de karakterstructuur van een slappe psychopaath met hysterische karaktertrekken.

Vanuit Santpoort schreef men over een patiënte met de diagnose ‘psychopathie, hysterische hypochondrische vorm’, het volgende: ‘Gebrek aan energie, zeer ego-centrisch. Heeft veel medelijden met zichzelf’.⁸⁸ Met deze vrouw, die tevens last had van smetvrees, straatvrees, angstaanvallen en suïcidaliteit, hadden Querido en zijn collega’s het ook niet makkelijk. Wuite schreef na een huisbezoek: ‘Zit weer van ouds dik op haar stoel zonder eenige bezigheid. Sterk argumenteerend niet lui te

zijn.’ In 1937 schreef Querido de huisarts van de vrouw dat noch een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis noch gezinsverpleging baat hadden. In de inrichting, waar zij al vier keer had verbleven, verdwenen de klachten altijd spoedig. Vervolgens was zij niet anders dan een ‘praatzieke, licht geraakte vrouw’. In gezinsverpleging ging het steeds mis.

Querido besloot: ‘Wanneer het nu overtuigend gebleken is dat mw. X niet in een psychiatrische inrichting thuis hoort en evenmin in gezinsverpleging, dan moet zij toch eindelijk eens proberen zich te beheerschen, zoodat zij thuis kan blijven’. Maar zo makkelijk kwam hij er niet vanaf. Nadat het thuis en ook bij haar schoonzus, die het een tijdje met haar probeerde, echt niet meer ging belandde de patiënte toch weer in gezinsverpleging. Querido was het hier kennelijk niet mee eens. In 1938 schreef hij aan de huisarts, die blijkbaar om overplaatsing naar een ander gezin had verzocht: ‘Uw patiënte kennen wij al jaren. Zij tyranniseert haar gezin en probeert dit ook haar medici te doen. Wanneer het haar bij mevr. D. niet bevalt (nergens houdt zij het lang uit) dan kan zij naar huis gaan.’

Zo tobde men nog jaren voort, tot er in 1951 een montere brief vanuit Santpoort naar de GG & GD ging: het ging beter dan ooit met patiënte. Ze had in Santpoort een lobotomie ondergaan. Bij deze hersenoperatie werd een chirurgisch instrument onder plaatselijke verdoving onder het ooglid door de schedel in gedreven en dan in de hersenen heen en weer bewogen, om bepaalde hersendelen van elkaar los te halen. Met name in Amerika was deze ingreep destijds erg in zwang, maar ook in ons land is hij toegepast, zij het spaarzaam. De vrouw in kwestie was na de ingreep bevrijd van haar smetvrees en angsten. Ze was alleen wel dement geworden.

Met mensen die de hulpverlening tot partij in hun twisten probeerden te maken, had men ook weinig op. Een jongen die hevige ruzies had met zijn vader en in alle staten, huilend en brakend bij de GG & GD aankwam, pakte men hard aan. ‘Toen er gezegd werd dat hij naar huis moest, begon hij opnieuw te braken’, aldus het dossier. Men besloot tot het geven van een spuit apomorfine: een snel werkend braakmiddel. ‘Om zijn gal nog meer uit te spuwen’, stond hierover fijntjes opgetekend in het dossier.⁸⁹ Ook een vrouw kreeg van de GG & GD-artsen een ‘braakspuit’. Zij was ’s nachts in haar hemd de straat op gelopen. ‘Kan zich naam noch adres herinneren’, aldus haar dossier. ‘Huult en snikt. Negativistisch. Na apomorphine zegt zij naam en adres. Hysterisch gedrag en flinke aanstellerij.’⁹⁰

Querido schreef in een artikel over de acute psychiatrie dat apomorfine het beste werkte bij ‘opgewonden alcoholisten’.⁹¹ Maar het middel werd dus breder ingezet. Mogelijk was men hiertoe geïnspireerd door een artikel van Querido’s voormalige collega uit Leiden, Henk Jelgersma. Die publiceerde ook over het gebruik van de braakspuit in de ambulante psychiatrie.⁹² Bij hysterici en psychopaten die in een

hevige opwindingsstoestand verkeerden, had een inspuiting volgens hem een ‘wonderlijk resultaat’. De patiënt werd eerst stil, begon daarna te hikken, werd onpatserlijk, gaf over en keerde vervolgens terug tot de realiteit.

Opvoeden van de maatschappij

Het ideaal dat Querido nastreefde, was een ‘wederzijdse aanpassing’ van cliënt en samenleving aan elkaar.⁹³ Hij betoogde dat het een belangrijke taak was van de sociaalpsychiater om mensen op te voeden tot een beter begrip voor de psychisch gestoorde medemens. In zijn autobiografie betoogde hij dat dit ook leek te lukken. In de Amsterdamse gemeenschap begon

..iets te veranderen in de houding ten opzichte van geestelijk gestoorde. Gezinsleden bleken meer bereid tot medewerking met de mensen van de Voor- en Nazorg; voor de politie en de andere openbare diensten werden wij steeds meer de consultants, de raadgevers, en niet meer in de eerste plaats de vliegende colonne, die even de maatschappij van een gevaarlijke element kwam bevrijden, waarbij de gillende sirenes de machtsmiddelen aankondigden van spuiten, brancards en potige vervoerders.⁹⁴

Maar ook de geesteszieke zelf moest worden opgevoed. Hij moest tot ziekte-inzicht worden gebracht en leren met zijn ziekte om te gaan.

Met de hierboven beschreven groep ‘dwingers’ lukte dat echter slecht. Zij vertoonden gedrag dat tegenwoordig waarschijnlijk onder de noemer van de persoonlijkheidsstoornissen zou worden geschaard: ‘borderline’ bijvoorbeeld, ‘theatraal’ of ‘antisociaal’. Ondanks zijn streven de bemoeienis met hen zo minimaal mogelijk te houden, belandde Querido met zijn hystero-psychopaten in jarenlange worstelingen. Zij waren niet vatbaar voor zijn ‘opvoeding’ tot ziekte-inzicht en zelfbeheersing, noch toonden ze zich dankbare ontvangers van de steun en menselijkheid die Querido’s afdeling wilde bieden. Wel deden ze steeds weer een beroep op hem: ze eisten, ze smeekten en zochten ruzie.

Aandacht wisten deze cliënten af te dwingen door theatraal gedrag, in de terminologie van Querido. Hij wilde daar zo min mogelijk in meegaan, maar dat lukte niet altijd even goed. Zo schreef hij over een verslaafde en ‘hysterische’ vrouw:

Aanvankelijk ging het goed in gezinsverpleging, doch toen ging zij het servies breken, zoodat zij niet langer met haar nukken te handhaven was en zelfstandig moest worden gesteund. Zij bleef veel zeuren om weer in gezinsverpleging te komen, ging voor de deur liggen huilen en dreigen. Vorige week heeft zij een theatrale tentamen

met gas gedaan en omdat zij toen niet werd opgenomen moest de politie er aan te pas komen, daar zij uit het raam wilde springen. Langer aanzien was niet mogelijk.⁹⁵

De groep cliënten met complexe problematiek zou na Querido's tijd alleen nog maar groeien. Het aandeel patiënten met persoonlijkheidsstoornissen verdubbelde tussen 1940 en 1980, bleek uit dossieronderzoek van sociologe Catelijne Akkermans. Het aantal mensen met middelenmisbruik verachtvoudigde zelfs in die periode.⁹⁶ Het sociaalpsychiatrische werk waarmee de GG & GD sinds 1916 begonnen was, bracht zodoende een groep cliënten in beeld op wie Querido's ideaal van wederzijdse aanpassing moeilijk toepasbaar was. Querido lijkt deze groep vooral als storend te hebben ervaren, maar een eeuw later was het een erkende kerntaak geworden van de Amsterdamse GG & GD om te zorgen voor cliënten met 'sociaal psychiatrische problemen waarbij het niet of nauwelijks lukt om tot een goede behandeling te komen'.⁹⁷ Querido was kortom niet alleen een pionier van de acute psychiatrie, maar ook – tegen wil en dank – voorloper van de moderne openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), die zich richt op kwetsbare burgers met zorgwekkende meervoudige problematiek.

Toen en nu **'Na ons is er niets meer'**

Psychiater Ardan Miedema is sinds november 2013 hoofd van de afdeling Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg van de GGD Amsterdam. Hij vindt dat zijn voorganger Querido zijn taak indertijd knap heeft uitgevoerd: 'Je zou kunnen zeggen dat hij werd neergezet in de rol van oudste zoon. Dat is de rol van de GGD nog steeds, binnen het geheel van de Amsterdamse openbare geestelijke gezondheidszorg.' Miedema verklaart zijn metafoor nader: 'Als je de stad als gezin bekijkt, met de burgemeester als vader en de gemeenteraad als moeder, en alle verschillende zorginstellingen in de stad als kinderen, dan wordt de GGD onder Querido de oudste zoon. Hij wordt een partij die als intermediair tussen de ouders en de jongere kinderen in staat. En hij krijgt de centjes te verdelen. Net zoals de oudste zoon het beheer krijgt over de portemonnee, als papa en mama een weekendje weg gaan'.

Miedema noemt het inspirerend hoe Querido het belang van huisbezoek benadrukte. 'Wij zijn onze psychiatrische beoordelingen in crisissituaties steeds meer gaan doen op het politiebureau. De banden tussen

de GGD en de politie zijn veel sterker geworden dan ze in Querido's tijd waren. Maar je kunt je afvragen of politiebureaus de juiste plaatsen zijn om zo'n beoordeling te doen.' Zelf vindt hij dat de crisispsychiatrie weer ten dele terug moet naar waar het begon: achter de voordeur, bij de mensen thuis. Miedema: 'Zoals bij die "gek" die zijn huis vernielt, maar na een gesprek met de psychiater rustig naar zijn mandolineles gaat. Dat moeten we weer meer gaan doen: kijken of je in de thuissituatie al kunt de-escaleren'.

De gezinsverpleging ziet Miedema niet terugkeren. 'We hebben nu instellingen voor beschermd wonen, met een vergelijkbare functie.' Hij wil liever geen burgers betalen voor het verlenen van zorg. 'Als wij een zorgindicatie afgeven, dan vind ik dat die zorg door professionals moet worden geboden. Daarnaast is alles wat in een wijk, of in een gezinssysteem, kan worden opgelost door mantelzorgers natuurlijk prima. Maar: op basis van vrijwilligheid, niet omdat mensen het zien als inkomensbron.'

De moeilijke mensen bij wie zelfs 'de grote Querido' tegen grenzen aanliep, zijn er nog steeds vertelt Miedema. Ze heten geen 'dwingers' meer of 'hystero-psychopaten', maar ook nu zijn er mensen met wie geen instantie zich raad weet. Dat soort complexe klanten vindt Miedema de *core business* van de afdeling MGGZ: 'Soms is het nodig dat iemand zegt: zo gaan we het doen. Dit wordt de oplossing. We mogen daar vervolgens ook op afgerekend worden, maar er moet een instantie zijn die de moeilijkste dossiers oppakt. Wij zijn dat vangnet. Na ons is er niets meer.' Waar Querido pleitte voor een wederzijdse aanpassing van patiënt en maatschappij aan elkaar, daar spreekt Miedema van een wederzijdse afhankelijkheid: 'Wij zijn overgeleverd aan onze klanten, en zij aan ons.'

De soms denigrerende manier waarop Querido en zijn collega's hun 'onmaatschappelijke' cliënten beschreven, verbaast Miedema niet. 'Deels praten we nog steeds zo. We kunnen het niet meer opschrijven, maar we moeten – net als Querido – ons ongenoegen af en toe ventileren'. Waar professionals de afgelopen eeuw volgens hem wel beter in zijn geworden, is reflecteren op de emoties die cliënten bij hen oproepen. Miedema: 'Je kunt je als behandelaar flink machteloos voelen. Dan is het goed om daarbij stil te staan. Horen die gevoelens bij mij, of bij mijn cliënt? Misschien heeft die cliënt zijn eigen gevoelens van machteloosheid wel op jou overgedragen, om zichzelf weer machtiger te kunnen voelen. Als je dat beseft, ga je er anders mee om.'

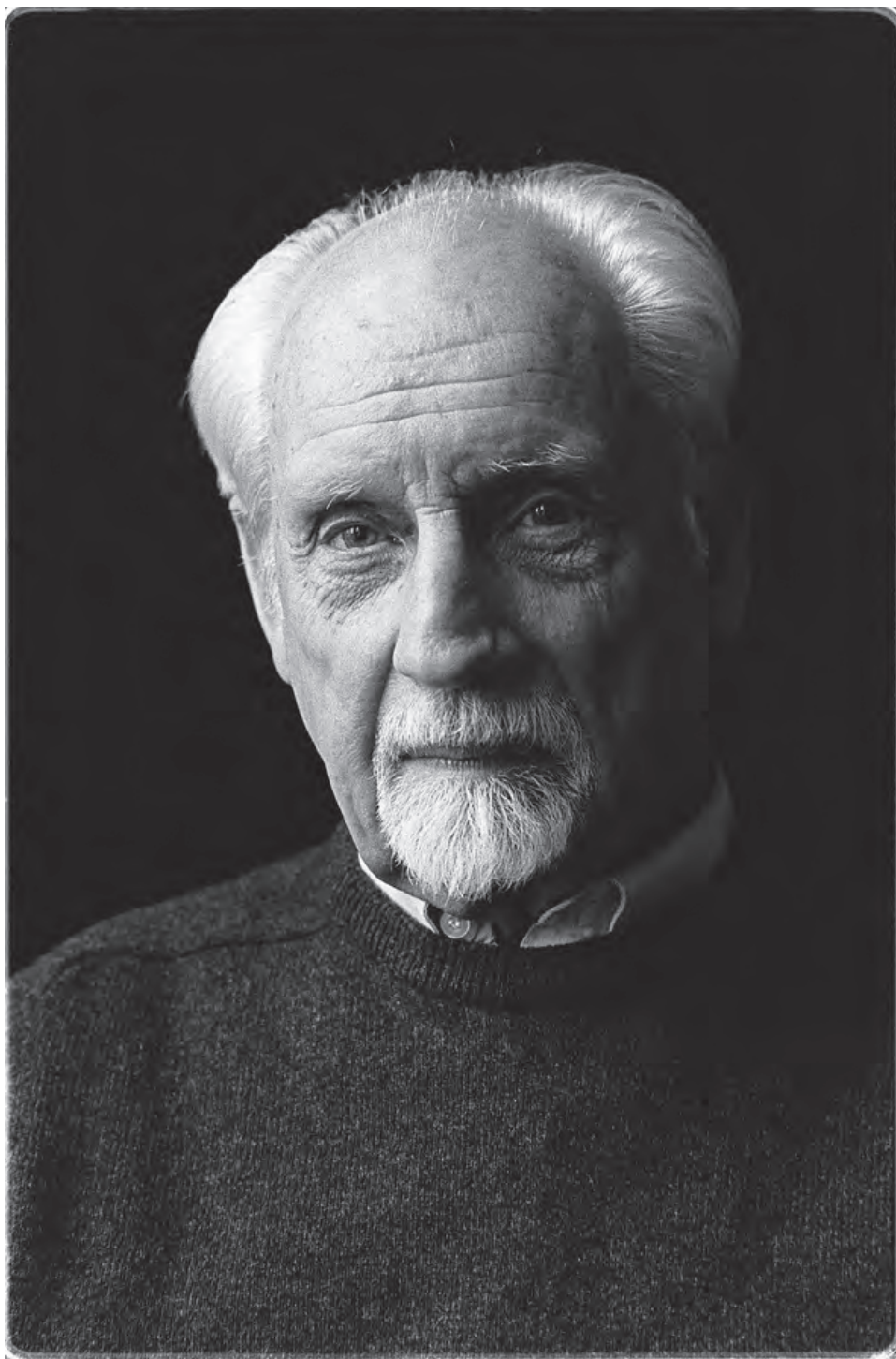
2 ‘Altijd een zwak voor de verdrukten’

Theo Hart de Ruyter en de start van de Jeugdpsychiatrische Dienst in Amsterdam (1946)

‘Ik was een idealist’, vertelde kinderpsychiater en psychoanalyticus Theo Hart de Ruyter (1907-2001) tijdens een interview in 1990. Hij was bij zijn werk altijd op de hand geweest van het kind, dat volgens hem altijd ‘in wezen, in zijn geaardheid goed’ was. Het kon echter worden bedorven door ‘vervelende volwassenen’.¹ Met deze gedachte gewapend begon Hart de Ruyter per 1 januari 1946 bij de kersverse Jeugdpsychiatrische Dienst (JPD) van de Amsterdamse GG & GD. De hoofdstad had de nationale primeur met het instellen van een aparte dienst voor sociaalpsychiatrisch toezicht op zwakzinnige, ‘gestoorde’ en criminele jongeren. Hart de Ruyter gaf deze eerste JPD vorm, gesteund door Querido, onder wiens afdeling de JPD kwam te vallen. Querido was verheugd, want de jeugdpsychiatrie vormde een belangrijke versterking van zijn preventieve idealen. Door zo vroeg mogelijk in te grijpen, alreeds in de kindertijd, hoopte hij dat psychische problematiek bij volwassenen kon worden voorkomen.

Het idealisme dat Hart de Ruyter op late leeftijd bij zichzelf constateerde, is geen romantisering achteraf. De door hem opgestelde cliëntendossiers uit 1946, die voor dit hoofdstuk zijn bestudeerd, zijn ermee doordrenkt. Een goed voorbeeld is het verhaal van Rietje, een meisje van zeven jaar dat masturbeerde in het openbaar en ‘sexspelletjes’ speelde met jongetjes. De oorzaak lag vooral in verwaarlozing, vond Hart de Ruyter. Haar moeder – een prostituee – was zelden thuis. De pleegmoeder die op het kind paste had nicotinevingers en praatte teveel, schreef hij misprijzend. Bovendien achtte Hart de Ruyter het verschijnsel van een onbaatzuchtige pleegmoeder ‘zeldzamer dan een staartster’. Hij plaatste Rietje onder voogdij en verhuisde haar naar een kindertehuis. ‘De psychopathische gedragingen verdwenen zeer spoedig toen het meisje in therapie werd genomen en in een gunstiger omgeving werd geplaatst,’ noteerde hij nadien.²

Hart de Ruyter geloofde sterk in de grote invloed van het omgevingsmilieu op het geestelijk welzijn van het kind. Als pionier op het terrein van de kinderpsychiatrie schuwde Hart de Ruyter de rol van ‘opvoeder van ouders’ dan ook niet. Hij wilde het liefst alle ouders in Nederland bereiken. Nadat hij in 1956 benoemd was tot de eerste Nederlandse hoogleraar kinderpsychiatrie, startte hij met de uitgave van een populaire boekenreeks getiteld *Het ABC der opvoeding*.³ Zover was het echter nog niet toen hij in 1946 als jeugdpsychiater aantrad bij de GG & GD.



Kinder- en jeugdpsychiater Theodoor Hart de Ruyter

Dit hoofdstuk beschrijft de voorgeschiedenis en het ontstaan van de Amsterdamse JPD. Die valt allereerst te beschouwen als een uitbreiding en professionalisering van een reeds bestaande praktijk. Al sinds de jaren twintig had de Afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken veel te maken met zwakzinnige kinderen en ‘jeugdige psychopathen’. Vervolgens wordt op basis van onderzoek in de cliëntendossiers van Hart de Ruyter een beeld geschetst van zijn dagelijkse werkzaamheden. Het zal blijken dat zijn aandacht niet alleen theoretisch, maar ook in de praktijk voor een belangrijk deel uitging naar het thuismilieu. Waar voor het stadsbestuur de focus lag op overlastgevende probleemkinderen, daar verschoof Hart de Ruyter de aandacht naar hun opvoedkundig tekortschietende ouders.

‘Als het zand der zee is hun zaad’

Kinderen en jongeren tot achttien jaar waren vanaf het begin een belangrijke groep in het werk van de Afdeling voor Zenuw- en Geesteszieken. In de bestudeerde cliëntendossiers uit de ‘periode Querido’ (zie Hoofdstuk 1) vormden zij ongeveer vijftien procent van het totaal. Het was een amorfe groep, die op diverse manieren in beeld kwam. Sommige kinderen leden aan epilepsie of een andere neurologische aandoening. Andere werden naar de GG & GD verwezen door het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) of de Kinderpolitie. Ook huisartsen stuurden kinderen en hun ouders soms naar de GG & GD. De jongste cliënt uit de dossiers was een jongetje van negentien maanden. Het knulletje was druk en wild en gooide met alles wat binnen bereik stond. Ook had hij vaak koorts en snapte hij volgens zijn ouders weinig. Als baby had hij al ‘gilbuien’, wegrakingen en woedeaanvallen. Ondertussen had zijn gedrag een nadelige invloed op de andere kinderen in het gezin en ook op zijn moeder. De situatie maakte haar naar eigen zeggen tot ‘zenuwpatiënt’. Querido omschreef de moeder evenwel als een ‘neurotische idioot’, die zich er al helemaal op had ingesteld dat haar kind nooit meer thuis zou komen. Hij liet de jongen ter observatie opnemen in de Valeriuskliniek. Daarna moest maar verder worden gezien. Helaas houdt het dossier hiermee op – wat er met het kind is gebeurd blijft onduidelijk.⁴

Scholen waren echter de belangrijkste partners voor de GG & GD in hun bemoeienis met de jeugd. Een cruciale achtergrond van de toenemende aandacht voor probleemkinderen in de twintigste eeuw, ook binnen de GG & GD, was de leerplicht. Sinds 1901 verplichtte de overheid alle kinderen tussen de zes en twaalf jaar onderwijs te volgen. Dit betekende niet dat kinderen vanaf dat moment pas de lagere scholen instroomden, want aan het einde van de negentiende eeuw was het volgen van lager onderwijs al vrijwel algemeen geworden. In 1895 bezocht al 90

procent van de kinderen tot 13 jaar een school, in 1903 was dit percentage gestegen tot 95 procent. Toch maakte de Leerplichtwet een belangrijk verschil: ouders konden nu gedwongen worden hun kinderen naar school te sturen.

De Leerplichtwet creëerde zodoende niet alleen een schare van probleemkinderen, die zich niet konden of wilden voegen in het schoolregime. Ze droeg ook bij aan de constructie van ‘probleemouders’: vaders en moeders die faalden in de opvoeding. Via school kwamen zij in beeld: leraren spraken hen op ouderavonden of brachten huisbezoekjes aan kinderen over wie zorgen bestonden. Schoolartsen hadden ook een signalerende functie. De implementatie van een reeks Kinderwetten in 1905 maakte het mogelijk om ouders uit de ouderlijke macht te onttrekken wanneer de ‘zedelijke of lichamelijke ondergang’ van een kind dreigde.

Voor lagere scholen betekende de Leerplichtwet dat zij niet langer de mogelijkheid hadden om lastige kinderen zomaar van school te verwijderen.⁵ Het is dan ook niet verwonderlijk dat al snel een circuit ontstond voor Bijzonder Lager Onderwijs (BLO), in eerste instantie voor zwakzinnigen. In 1905 waren er nog maar vier BLO-scholen in Nederland, in 1930 waren het er al negentig.⁶ Na 1930 kwamen hier nog BLO scholen bij voor ‘jeugdige psychopathen’, ofwel moeilijk opvoedbare kinderen. Vervolgens ontstond in de jaren twintig en dertig de zogenaamde *nazorg* voor oud-leerlingen van het BLO, die bij de GG & GD zou worden ondergebracht. In de hoofdstad waren groeiende zorgen over hoe het de BLO-leerlingen verging als zij van school af kwamen. Konden zij zich wel voldoende aanpassen aan de maatschappij? Zwakzinnigen belandden snel op het criminele pad, dachten velen. Sommigen stelden zwakzinnigheid en psychopathie zelfs geheel op één lijn. Zo schreef een Amsterdams hoofd van een lagere school, die aanhanger was van het eugenetisch gedachtegoed, over ‘achterlijke’ kinderen:

Als het zand der zee is hun zaad, waaruit voortkomt een heirleger van misdadigers en prostitués. En ongeacht het morele kwaad zijn ze een verderf voor ons ras en kosten ze aan de gemeenschap enorme kapitalen.⁷

Niet iedereen verwoordde het zo kras, maar de zorgen over het vermeende verband tussen zwakzinnigheid en criminaliteit werden breed gedeeld. In 1917 bracht een ‘After Care’ commissie, bestaande uit hoogleraar psychiatrie Klaas Herman Bouman en twee schoolartsen, een invloedrijk rapport uit. Hun advies was om de nazorg voor BLO-kinderen te laten verzorgen door een speciale nazorgambtenaar. Die moest de zwakzinnige ‘sociaal weerbaar’ maken en hem of haar proberen te brengen tot een productief en werkzaam leven.⁸ In 1921 benoemde Amsterdam de eerste nazorg-ambtenaar: Pier de Boer, een oud BLO-onderwijzer. De ‘nazorg voor

oud-leerlingen' werd formeel ondergebracht bij de GG & GD, want zwakzinnigen hoorden tot het werkveld van de psychiatrie, vond de after-care commissie.

Een imbeciel met een aardig gezichtje

De Boer pakte zijn taak energiek op. Hij ging bij mensen thuis langs of op hun werk (als ze dat hadden). Ook hield hij drukbezochte spreekuren, zowel op scholen als aan de Nieuwe Achtergracht. Hier besprak De Boer moeilijkheden rond de oud-leerlingen met hun familieleden of werkgevers, in de hoop ontslag of een escalatie van conflicten te voorkomen. Daarnaast ging De Boer op zoek naar nieuwe arbeidsplaatsen voor zijn cliënten. Al snel kwam hij tot de conclusie dat niet voor alle oud-leerlingen een betrekking in loondienst haalbaar was. Sommigen waren zo 'maatschappelijk ongeschikt', dat het ondenkbaar was dat ze ooit zelfstandig in hun eigen onderhoud zouden kunnen voorzien. Daarom pleitte De Boer voor een gesubsidieerde werkinrichting, om deze mensen toch een dagvulling te kunnen bieden. Voor meisjes was er al een 'Weefinrichting voor geestelijk onvolwaardigen', maar voor mannelijke zwakzinnigen bestond nog niets.

Samen met Frits Meijers wist De Boer dit plan te realiseren. Een locatie vond men in een oude gasfabriek in de Watergraafsmeer. Via directeur Heijermans werd gemeentelijke subsidie geregeld voor ouders die de eigen bijdrage niet konden betalen. Zo ontstond in 1934 de werkinrichting Westeroord. In deze sociale werkplaats *avant-la-lettre* werden borstels, pantoffels en kokosmatten gemaakt.⁹ Iedereen profiteerde, aldus Meijers: zwerven op straat was uitgesloten voor de werkende zwakzinnigen, en de zwakzinnige zelf kon tevreden leven in de 'illusie als iedere arbeider naar zijn werk te gaan en productief te zijn'.¹⁰

Als het enigszins kon, plaatste men zwakzinnigen met wie het thuis niet ging in gezinsverpleging. Dat gebeurde bijvoorbeeld bij een meisje van zeventien jaar dat met haar ouders in het Zeeburgerdorp woonde, een zogenaamde woonschool. Hier verbleven sinds de opening van het complex in 1925 zo'n vijftig 'asociale gezinnen' die hun huis waren uitgezet wegens huurschuld, woningvervuiling of het bezorgen van overlast. In Zeeburgerdorp moesten ze leren een fatsoenlijk gezinsleven te leiden. Volgens Pier de Boer was het meisje uit Zeeburgerdorp niet eens 'een der allerslechtsten van de leerlingen' geweest op het BLO, maar ze verzuimde zeer veel, 'moeder hield haar veel thuis.' Dat gold overigens voor wel meer ouders in Zeeburgerdorp: 12 van hen waren ooit veroordeeld wegens overtreding van de Leerplichtwet.¹¹ Van opvoeding was in dit gezin geen sprake, vond De Boer. Teloorgang van het meisje dreigde. Hij schakelde Querido in om haar voor rekening van de



Kinderen uit 'onmaatschappelijke gezinnen' in Zeeburgerdorp

gemeente in gezinsverpleging te plaatsen. Met de Kinderrechter sprak men af dat ze in de weefinrichting gingen werken.¹²

De Boer zat geheel op één lijn met de gemeente en de Afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken in zijn streven om de zwakzinnigen zo lang mogelijk in de gemeenschap te houden. Hij stelde: 'Niet door het gesticht, maar door het leven leren wij'.¹³ Mensen die dreigden maatschappelijk ten onder te gaan, moesten worden beschermd en verzorgd – ook als ze afweken van het normale. Zijn collega Meijers schreef aan directeur Heijermans dat alleen tot gestichtsverpleging van de oud-leerlingen werd overgegaan als 'ondanks de paedagogische en sociale hulp handhaving in huisgezin en maatschappij onmogelijk blijkt'.¹⁴ Gestichtsupname zagen Meijers en De Boer als noodmaatregel.

Deze noodmaatregel paste men toe als agressie in het spel was, of als het gevaar dreigde dat een verstandelijk gehandicapt meisje ongehuwd zwanger zou raken. Zo stuurde men een jongen van zeventien jaar, die men in zijn dossier omschreef als een buitengewoon lastige, brutale en agressieve 'imbeciele psychopaath', naar Rekken. De jongen had op een BLO-school gezeten, maar daar was hij niet te handhaven. Hij verstoorde de lessen en sloeg en kneep andere kinderen. Ook thuis ging het niet

goed. Zijn vader dronk en keek niet naar hem om en zijn moeder was overleden. De Rekkense inrichtingen bestonden sinds enkele decennia en waren bedoeld voor mannen die ter beschikking van de regering gesteld waren. Maar in de loop der jaren ging men er ook dit soort moeilijk opvoedbare kinderen behandelen.¹⁵

Verstandelijk gehandicapte meisjes hadden soms de pech dat ze er te mooi uitzagen. In het geval van een tienjarig imbeciel meisje bijvoorbeeld voorzag de directeur van haar BLO-school moeilijkheden, 'daar het kind een aardig gezichtje heeft'. De ouders van het meisje bevestigden dat de jongens en mannen haar op straat niet met rust lieten. De vader wilde het meisje in een inrichting geplaatst zien, liever dan wachten tot het te laat was. Ondanks het feit dat moeder het meisje wel graag thuis wilde houden en ze op school geen moeilijkheden gaf, werd ze opgenomen in een inrichting voor zwakzinnigen. Ze bleef er tien jaar. In de zomervakanties mocht ze naar huis. Tijdens één van die vakanties was men in rep en roer, toen het meisje tijdens het boodschappen doen door een man was meegelokt en daarna haar menstruatie uitbleef. Querido stuurde haar naar het Wilhelmina Gasthuis om te zien of ze zwanger was, hetgeen gelukkig niet het geval bleek. Uiteindelijk kwam het meisje weer thuis wonen bij haar moeder. Dat ging jarenlang goed, tot haar moeder overleed. Toen belandde ze in een psychiatrisch ziekenhuis, waaruit ze constant wegliep. Medio jaren vijftig werd ze door de Amsterdamse politie gevonden in het Vondelpark, 'erotisch ontremd' en 'in gestichtspak'.¹⁶

Spijbelen, stelen, vandalisme

Onder de jeugdigen die tijdens het Interbellum in beeld kwamen bij de Afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken bevonden zich ook kinderen die als 'psychopaten' werden bestempeld. Dit was een parapluterm bedoeld voor kinderen die moeite hadden met de aanpassing aan de maatschappelijke orde. Qua intellect was met hen niets mis, maar ze gedroegen zich niet zoals het hoorde en wekten negatieve gevoelens op in hun omgeving.¹⁷ Meijers schreef in 1928 over hen: 'Hun antisociale gedraging als stelen en liegen, hun agressief karakter en hunne ongeremdheid gepaard aan een groote mate van onhandelbaarheid maken ze niet aanlokkelijk'.¹⁸ Jeugdige psychopaten stonden destijds onder psychiaters bekend als jongeren zonder innerlijke rem, die alleen dachten aan de bevrediging van hun eigen behoeften op de korte termijn.¹⁹ Op school en thuis waren ze vaak bezig anderen te sarren en tiranniseren. Vaak gaven ze zich over aan spijbelen, stelen, vandalisme en seksueel losbandig gedrag.

Sommige artsen zagen psychopathie vooral als een erfelijk bepaalde aandoening, maar Meijers benadrukte de grote invloed van het milieu. 'Veelal', betoogde hij, 'is

hier grove verwaarlozing in het spel van de zijde van een of beide ouders'. In een meer passende omgeving geplaatst, bleken de psychopaten volgens Meijers 'lang niet zulke afschrikwekkende eigenschappen te bezitten als hun sociaal gedragboekje deed vermoeden'.²⁰ Meijers was met deze opvatting een kind van zijn tijd. Rond 1900 had de opvatting in Nederland post gevat dat criminele jongeren niet in aanleg slecht waren, maar slachtoffer van verwaarlozing door hun ouders. Door ze in een betere omgeving te plaatsen, kon hun antisociale gedrag worden bijgestuurd. Instellingen voor de heropvoeding van criminele jeugd kwamen tot stand, opgericht door de rijksoverheid en door filantropen. Het thema sprak een groot publiek aan, getuige het succes van de roman *Boefje* (1903) van journalist M.J. Brusse. De hoofdpersoon is een bleek en brutaal straatjochie uit de sloppenwijken van de grote stad. Na een verblijf in een tehuis voor heropvoeding groeit hij uit tot 'pootige werkjongen', met een 'echt frissche snaaksch-eerlijke snoet'.²¹ Boefje stond model voor latere jongensboekhelden als *Pietje Bell* (1914) en *Kruimeltje* (1923).

Een school voor jonge psychopaten

De bemoeienis van de GG & GD met de jeugdige psychopaten intensiverde nadat de gemeentelijke onderwijsinspectie van Amsterdam in november 1935 aan de bel trok over de 'tuchteloosheid en baldadigheid der jeugd'.²² Er kwamen steeds meer klachten binnen van leraren over onhandelbare leerlingen. Querido nam vervolgens zitting in een commissie die moest onderzoeken of het wenselijk was in de hoofdstad een school voor psychopaten op te richten, zoals in Rotterdam al bestond. De commissie adviseerde in 1937 dat zo'n psychopatenschool inderdaad een goed idee was. Niet alleen de leraren trokken aan de bel, rapporteerde de commissie, maar ook de kinderpolitie meldde een toename van misdrijven gepleegd door de jeugd. Er waren herhaalde klachten over de vernieling van leegstaande gebouwen en plantsoenen, alsmede het alarmeren van de brandweer om niets.

In het hele land leefden destijds zorgen over de losgeslagen jeugd. Zoals historicus Piet de Rooij het verwoordde, is het een 'kenmerkende trek van de twintigste eeuw om de jongerencultuur te beschouwen als een barometer waaraan de toekomst valt af te lezen'.²³ Als eerste trok de in 1909 opgerichte Tuchtunie aan de bel, een vereniging die de zedelijke, geestelijke en lichamelijke kracht van het Nederlandse volk wilde verhogen. De Unie pleitte voor 'strengere scholen' en riep ouders op hun kinderen na donker binnen te houden, hen geen alcohol of tabak te laten gebruiken, bioscopen te laten bezoeken of 'verkeerde boeken' te laten lezen. Ook de Nederlandse overheid maakte zich zorgen. In 1915 stelde een regeringscommissie een onderzoek in naar de 'baldadige' jeugd. De conclusie was dat jongeren door een



Jongens op de speelplaats van de A.H. Gerhardschool

combinatie van verstedelijking, industrialisatie en de Eerste Wereldoorlog waren losgeslagen.

Tegen deze achtergrond opende in 1939 de A.H. Gerhardschool zijn deuren voor ‘psychopaten en moeilijk opvoedbare kinderen’. Ondanks de strenge toon van het publieke debat was de A.H. Gerhardschool een idealistische instelling. De medewerkers waren geïnspireerd door het werk van de Oostenrijker August Aichhorn, die in zijn boek *Verwahrloste Jugend* (1925) beschreef hoe hij met een psychoanalytische aanpak jeugdige delinquenten behandelde. Aichhorn benadrukte het belang van de persoonlijke vertrouwensband tussen leider en pupil en was tegen het routineus uitdelen van straffen.²⁴ Ook op de A.H. Gerhardschool wees men het slaan of isoleren van kinderen stellig af. ‘De A.H. Gerhardschool is geen school met meer discipline of zelfs Pruisische dril’, schreef de directeur.²⁵ Hij beschreef de doelgroep van de school als volgt:

De onhandelbaren waar het hier om gaat zijn noch imbeciel, noch achterlijk. Ze reageeren niet op de gewone schooltucht; ze zijn voortdurend opvliegend, stijfhoofdig, onwillig, hebben zucht tot spijbelen, neiging tot diefstal of vagabondeeren; het geheugen en verstand zijn goed, maar psychisch zijn ze gauw vermoeid.²⁶

In de aanpak van deze ‘onhandelbaren’ stond niet het geven van onderwijs centraal, maar het bieden van opvoeding. Het storende gedrag van deze leerlingen was voor een belangrijk deel het gevolg van ‘ongunstige milieu-invloeden’ en die moesten op school worden gecorrigeerd. Dat kon door het aanbieden van gestructureerde activiteiten als sport en arbeid, maar vooral door een goede band met de docenten, gebaseerd op onderling vertrouwen.

Ook de nazorg voor de oud-leerlingen van dit nieuwe type Buitengewoon Lager Onderwijs kwam onder de GG & GD te vallen. De dienst van Querido nam dit op zich – Querido zelf had hiervoor gepleit in de gemeentelijke commissie. Tijdens het Interbellum eigende de GG & GD zich de nazorg voor leerlingen van het BLO dus actief toe. De nazorg voor zwakzinnigen had men ook kunnen overlaten aan het Bureau voor Beroepskeuze, dat er ook op aasde.²⁷ De nazorg voor de psychopaten had men kunnen overlaten aan de A.H. Gerhardschool zelf, zoals de school dat graag had gezien. Dat de GG & GD de nazorg voor het BLO desondanks naar zich toe trok, betekende een versteviging van de positie van de Afdeling voor Geestes- en zenuwzieken. De BLO-nazorg legde een belangrijke basis voor Jeugdpsychiatrische Dienst.

300.000 vrijpartijen met Canadezen

De Tweede Wereldoorlog was ook voor de Amsterdamse GG & GD een moeilijke tijd. Niet alleen moesten in november 1940 op last van de bezetter 32 joodse medewerkers worden ontslagen – onder wie Querido – ook kreeg men te maken met epidemische uitbraken van kinderverlamming, dysenterie, tyfus, difterie en roodvonk. Querido zelf zei achteraf over de oorlog dat hij die ‘vrij goed’ was doorgekomen:

Toen ik ontslagen was bij de GG & GD, ben ik arts in het Apeldoornse Bos geworden, het joodse gesticht in Apeldoorn; ik ben een van de zeer weinige overlevenden die het oppakken van de patiënten daar heeft meegemaakt. Die zijn in ‘43 allemaal op een goeie dag in de trein gezet en vergast.²⁸

Na de oorlog keerde Querido weer terug op zijn post als Leider van de Afdeling voor Geestes- en Zenuwziekten. Zijn oude elan was niet verdwenen. Tekenend is een

brief van hem aan directeur Tuntler uit augustus 1945. In die brief pleitte Querido ervoor zijn afdeling om te dopen tot Afdeling voor Geestelijke Hygiëne, hetgeen in 1946 ook zou gebeuren. In zijn pleidooi voor deze naamsverandering schreef hij:

De Afdeeling voor Geestes- en Zenuwzieken is een naam, waartegen in verschillende opzichten bezwaren zijn in te brengen. Het is een hatelijke naam om in tegenwoordigheid van patiënten te gebruiken. Bovendien – en dit wordt ook juist weer bij het aanstellen van een jeugdpsychiater onderstreept – is deze Afdeeling steeds meer gericht op de preventie van geesteszieken.²⁹

Tuntler zelf had al in 1943 bij de wethouder Openbare Gezondheid gepleit voor een Jeugdpsychiatrische Dienst, die ervoor moest zorgen dat van zwakzinnige en gestoorde jongeren ‘in het leven datgene terecht komt, wat met hun gebrekkige aanleg mogelijk is’. Tegelijkertijd vond Tuntler de zorg voor deze groep van groot maatschappelijk belang, omdat ‘uit haar midden herhaaldelijk misdadige elementen naar voren komen’.³⁰

Na de oorlog was de groeiende bezorgdheid over de verwilderde jeugd een ideale voedingsbodem voor dit plan. Door de oorlogstoestanden zouden ouders en kinderen van hun bakens zijn losgeslagen:

Het gezin is verbroken en uit elkaar gerukt, de school is buiten functie gesteld, de arbeid is ontredderd, de omgangsvormen zijn verruwd, de moraal op ontstellende wijze gezakt, de misdaad heeft overal de kop opgestoken en toont openlijk zonder schroom het schaamteloze gelaat.³¹

Kranten berichtten over jongeren die ruiten ingooiden, perken vernielden en treinen bekogelden met stenen. ‘De jeugd van tegenwoordig’, aldus een typisch krantenbericht uit die tijd. ‘is teveel en te vaak zonder voldoende toezicht geweest, heeft dikwijls het vaderlijk gezag moeten missen en teveel op straat verkeer’.³²

De aantrekkingskracht van Canadese soldaten op Nederlandse meisjes baarde ook menigeen zorgen. Hiervoor was ook zeker aanleiding. Eind 1945 waren er nog altijd zeventigduizend Canadezen in ons land gelegerd en naar schatting zijn er zeventigduizend kinderen geboren met een Canadese vader. Gynaecologen hebben berekend dat er meer dan driehonderdduizend vrijpartijen moeten hebben plaatsgevonden tussen Canadese soldaten en Nederlandse meisjes.³³ De tehuizen voor ongehuwd zwangere vrouwen en heropvoedingstehuizen voor in zonde gevallen meisjes stroomden snel vol.³⁴ Ook hulpverleners wierpen zich op in de strijd tegen het zedelijk verval van jeugd en samenleving. Directeur Tuntler nam bijvoorbeeld

zitting in het Comité Zedelijk Herstel Amsterdam, waarin nauw werd samengewerkt met de zedenpolitie. Meisjes die in gezelschap van Canadezen werden aangetroffen of zich 's avonds laat nog op straat bevonden, bracht men voor onderzoek op geslachtsziekten naar de GG & GD.³⁵

De stormachtige kindertijd van Hart de Ruyter

Dit alles maakte dat de tijd rijp was voor een zelfstandig functionerende jeugdpsychiatrische afdeling. Querido wees in zijn pleidooi voor het aanstellen van Hart de Ruyter nadrukkelijk op de 'de toestand der jeugd' binnen de 'huidige omstandigheden'. Die maakten het volgens hem noodzakelijk om 'kinderen die moeilijkheden geven op te sporen en op de juiste plaats te brengen'.³⁶ Hart de Ruyter was de ideale kandidaat voor de nieuwe functie. Hij en Querido kenden elkaar al langer, omdat Hart de Ruyter tijdens zijn opleiding stage had gelopen op de Afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken, in 1936-1937. Querido liet hem toen al vrij om kinderen te behandelen, aldus Hart de Ruyter. Een half jaar lang had hij een kinderspreekuur.³⁷ Bovendien was hij een man met vooruitstrevende denkbeelden, die interessante initiatieven had ontplooid op het terrein van de jeugdzorg. In Zaandam had hij in 1938 een Medisch Opvoedkundig Bureau opgericht.

De kinderpsychiatrie stond destijds nog in de kinderschoenen. In de jaren dertig, toen Hart de Ruyter aan zijn opleiding psychiatrie begon, bestond er nog geen apart vak kinderpsychiatrie. Er was sinds 1928 een Medisch Opvoedkundig Bureau in Amsterdam en er waren wat bescheiden en experimentele kinderpsychiatrische poliklinische spreekuren.³⁸ Na de Tweede Wereldoorlog kreeg de kinderpsychiatrie als zelfstandig specialisme pas echt vorm. Er werden lectoren en hoogleraren in de kinderpsychiatrie benoemd en er werd begonnen met een reguliere opleiding tot kinderpsychiater. Hart de Ruyter werd, zoals al verteld, in 1956 de eerste hoogleraar kinderpsychiatrie, in Groningen.

Veel kinderpsychiaters van het eerste uur waren geïnspireerd door de psychoanalyse. Dit gold ook voor Hart de Ruyter. Hij werd tussen 1936 en 1939 opgeleid tot psychoanalyticus en onderging daartoe een uitgebreide leeranalyse. Ondertussen werkte hij bij het Haarlemse MOB. Zijn enthousiasme voor het Freudianisme was er niet meteen, vertelde hij achteraf:

Ik vond het erg individualistisch en ik vond het ook niet helemaal netjes. Maar het boeide me toch wel. Ik zat ook wel een beetje in de knoop in die tijd, dus ik dacht: 'ik kan er altijd wat aan hebben'.³⁹

Tijdens zijn leeraanlyse kon hij uitgebreid praten over zijn stormachtige kindertijd. Als jongen van zes verhuisde hij met zijn ouders vanuit Nederlands-Indië terug naar Nederland. Hij ervoer het als een *paradise lost*, vertelde hij later. Hij genoot van het leven in de tropen en van de aandacht van zijn moeder, oudere zus en het kindermisje, de baboe. In het koude Nederland kwam Hart de Ruyter terecht in een jongensinternaat, omdat zijn ouders nog geen woning hadden. De warme zorg van zijn 'drie moeders' viel abrupt weg. Hij woonde er jarenlang intern en vond het er vreselijk. Hart de Ruyter sprak van een 'duidelijke cesuur' in zijn leven, die volgens hem ten dele zijn latere interesse in de kinderspsychiatrie verklaarde.⁴⁰

Toen hij eenmaal had besloten dat hij voorgoed met kinderen wilde werken, schreef Hart de Ruyter tijdens de oorlogsjaren een rapport over de opzet van een district-psychiatrische dienst voor kinderen, specifiek bedoeld voor Noord-Holland. Er was een tijd in de oorlog dat hij de deur niet uit durfde; 'toen ben ik gaan schrijven', vertelde hij later.⁴¹ In zijn rapport kwamen duidelijk geformuleerde ideeën naar voren over hoe een 'jeugdpsychiatrische dienst' er dan uit moest zien.

'De Jeugdpsychiater zal de geestelijke hygiëne van de jeugd moeten behartigen', schreef Hart de Ruyter. Hij moest adviezen geven aan de instanties die dit nodig hebben, maar zijn taak moest daarnaast ook een 'organiseerende, het particulier initiatief inspireerende en coördinerende zijn'. In principe zou de jeugdpsychiater niet zelf behandelen maar een diagnose stellen, een kader neerzetten voor de behandeling die volgens hem nodig was, en dan de patiënt doorverwijzen. 'Intensieve behandeling zal in de regel niet plaatsvinden', aldus Hart de Ruyter, 'al zal een pedagogisch contact af en toe onvermijdelijk zijn.' De persoonlijkheid van de jeugdpsychiater was ten slotte ook van belang: voor alles was het iemand die 'in hart en nieren sociaal gevoel' moest hebben.⁴²

'Wat urgent is, is urgent'

Na de bevrijding besloot Hart de Ruyter zijn rapport niet te laten verstoffen. Hij bewerkte het niet alleen tot een artikel in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, maar ging ook langs bij Querido, in juni 1945. Hart de Ruyter:

Toen Arie Querido weer op zijn post bij de GG & GD terugkwam, ben ik hem gaan verwelkomen. Ik dacht: ik neem dit stukje voor hem mee, want dan weet hij dat zijn oud-leerling niet stil heeft gezeten. Hij was vreselijk blij dat hij ons allemaal weer zag en heel ontroerd dat ik het rapport voor hem had meegenomen. 'Hart de Ruyter', zei hij, 'nu moet je even stil zijn. Ik ga even lezen'. 'Lees dat toch later', zei ik. 'Nee, nee', zei hij autoritair, en na afloop: 'Maar waarom in Noord-Holland, waarom doe je dat

niet in Amsterdam?’ ‘Ja hoor eens’, zei ik, ‘hoe moet ik dat in Amsterdam doen?’ En hij: ‘Maak ik voor elkaar: je hoort heel snel wat van me’.⁴³

Zoals gezegd had directeur Tuntler al in 1943 plannen om een jeugdpsychiater aan te stellen. Ook de gemeente Amsterdam was in 1946 actief bezig met het thema jeugdzorg. Op 10 april 1946 besloot de Gemeenteraad over te gaan tot het instellen van een Raadscommissie Jeugdzorg. De commissie constateerde dat er voor de gemeente een tweevoudige taak lag. Ten eerste ging het om de preventieve zorg ten aanzien van de met ‘mislukking bedreigde schoolgaande kinderen’. Ten tweede ging het om subsidieverleningen met betrekking tot de jeugdzorg. Op 1 januari 1949 werd het Gemeentelijke Bureau voor de Jeugdzorg opgericht.⁴⁴

De neuzen bij de GG & GD en de gemeente stonden, kortom, dezelfde kant op: preventie van het maatschappelijk ontsporen van jongeren stond hoog in het vaandel. Querido had het dan ook snel voor elkaar. Hij kreeg salaris voor een halve psychiater. De andere helft van zijn salaris kon Hart de Ruyter verdienen als schoolarts want Herderschee, schoolarts bij het BLO, ging weg. Hart de Ruyter: ‘Querido zei: “Daar moet je niet zo zwaar aan tillen, je deelt je tijd maar in zoals je dat zelf wilt. Wat urgent is is urgent en wat niet urgent is dat laat je maar liggen”’.⁴⁵ Ook landelijk was de periode na 1945 een bloeitijd voor nieuwe initiatieven op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het aantal MOB’s, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en sociaalpsychiatrische diensten steeg snel. De preventieve idealen van de Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid kwamen in de periode van wederopbouw tot volle wasdom: door het hele land zette men nu sterk in op het voorkomen van geestesziekten en psychiatrische opnames.⁴⁶ Gestimuleerd door de morele paniek over het ‘zedelijk peil’ van de Nederlandse bevolking, kwam er veel meer financiële steun en groeide de samenwerking tussen de overheid en het particulier initiatief.

Spin in het web

Voor dit hoofdstuk is gekeken naar 61 dossiers van cliënten die in beeld kwamen bij de afdeling van Hart de Ruyter in de pioniersfase van zijn werk, namelijk 1946 tot begin 1947. Dit zijn lang niet alle mensen die Hart de Ruyter in deze periode behandelde. Van de dossiers van de JPD is een representatieve steekproef van tien procent bewaard gebleven. De afdeling had het snel heel druk: in 1946 en 1947 kwamen respectievelijk 722 en 1460 nieuwe ‘gevallen’ binnen.⁴⁷ De aanmeldingen bleven ook hierna stijgen. De JPD voorzag in een grote behoefte, constateerde men

in 1948. Hart de Ruyter kreeg al snel assistentie van een aantal ‘zusters voor het maatschappelijk werk’.

Twee keer zoveel jongens als meisjes werden bij de JPD aangemeld. Ook de dossiers uit de steekproef gaven iets meer jongens (36) dan meisjes (25) te zien. Afgaande op de dossiers ging het meestal (34 gevallen) om kinderen tussen de zes en tien jaar. Veertien kinderen waren tussen de één en zes jaar. Maar ook pubers kwamen bij de JPD terecht – dertien cliënten waren tussen de tien en achttien jaar oud.

De voornaamste verwijzers in de dossiers uit de steekproef waren schoolartsen; in 21 gevallen meldden zij nieuwe cliënten aan omdat die niet goed presteerden op school, zich niet goed konden concentreren, ongehoorzaam waren, spijbelden, of hun medeleerlingen sloegen, beten of spuugden. Ook hoofden van lagere scholen verwezen soms kinderen door. Daarnaast wisten huisartsen (7) het prille JPD te vinden. Verder waren de ‘ketenpartners’ van de nieuwe dienst zeer divers, variërend van instanties als het Paedologisch Instituut, de Voogdijvereniging, de Kinderpolitie en het MOB tot incidentele verwijzingen via kinderrechtters, zenuwartsen en maatschappelijk werkers. De jaarverslagen laten echter zien dat de meeste kinderen bij de JPD terechtkwamen via andere afdelingen van de GG & GD, met name de afdeling Kinderhygiëne.

In weerwil van het eigenlijke doel van de JPD, namelijk om een diagnose te stellen, cliënten hierna door te verwijzen en vooral niet zelf te gaan behandelen, kon het sociaalpsychiatrisch toezicht erg lang duren. Slechts in acht gevallen bleef het contact beperkt tot één huisbezoek of consult op het bureau. Viermaal bleef een cliënt een jaar lang in beeld. Bij de grote meerderheid duurde het toezicht langer: negen keer tussen de vijf en tien jaar en in tien gevallen zelfs langer dan tien jaar. Dat wil niet zeggen dat men die gehele periode even intensief met een kind bezig was, maar de JPD bleef de cliënten wel volgen en af en toe was er contact, op het bureau of via brieven.

Binnen het geheel van scholen, justitie, gezinnen en zorginstanties fungeerde Hart de Ruyter als een ware spin in het web, die contacten onderhield met verschillende betrokken instanties als de Voogdijraad, de Kinderpolitie, scholen, opvangtehuizen en pleeggezinnen. Hij had een belangrijke coördinerende functie en bemiddelde bij contacten tussen cliënten en hun familie, bijvoorbeeld als de cliënt in een pleeggezin of tehuis zat of één van de ouders in de gevangenis. Zijn sociaalpsychiatrisch toezicht hield ook in dat hij geregeld op bezoek ging bij cliënten, thuis of op hun verpleegadressen.

Loskomen bij het poppenhuis

Om tot een diagnose en behandelindicatie te komen, kon Hart de Ruyter verschillende middelen inzetten. Hij sprak natuurlijk met de ouders en met het kind. Voor de jongste groep kinderen beschikte hij over een spelobservatiekamer, waar hij hen liet spelen terwijl hijzelf, of een zuster voor het maatschappelijk werk toekeek. De kinderen moesten soms even over een drempel heen voor ze onbevange[n] durfden te spelen in deze kamer, blijkt uit een dossier. Daarin stond:

Meisje durft niet in speelkamer, klampt zich heftig aan vader en moeder vast. Na lange wachttijd op de gang vind ik x + zusje bereid mét moeder in de speelkamer te komen. Dan komt ze wat los bij het poppenhuis, er zijn nu ook geen andere kinderen meer.⁴⁸

Oudere kinderen werden geobserveerd tijdens het wachten in de wachtkamer. Zo noteerde Hart de Ruyter over een cliënt dat deze in de wachtkamer ongehoorzaam was en daar zijn broertje in meesleepte. Verder kon hij een uitgebreid psychologisch rapport over een kind aanvragen bij de psychotechnische afdeling van de GG & GD of om een gezinsrapport vragen bij de zusters van het maatschappelijk werk.

Lang niet altijd kwam het tot een diagnose, blijkt uit de dossiers. Het blijft daarin vaak bij beschrijvingen en impressies, zoals: ‘hij is bleu, moet zeer op zijn gemak worden gesteld, heeft iets meisjesachtigs’ of ‘is gauw gekrenkt’. Ook was het diagnostisch arsenaal van Hart de Ruyter beperkt. In tien gevallen noemde hij een kind ‘debiel’ of sprak hij van een ‘debiele indruk’/ ‘eenigszins debiel’/ ‘grensdebiel’. Debiel gold indertijd als de lichtste variant van zwakzinnigheid, waarbij nog redelijk te functioneren viel. Soms herriep Hart de Ruyter deze diagnose na enige tijd weer, als een kind zich meer begon te uiten of het beter deed op school. De debiele indruk was dan blijkbaar veroorzaakt door het feit dat het kind niet of nauwelijks sprak. Soms bleek een kind niet debiel maar ‘woordblind’ te zijn, wat we nu dyslectisch zouden noemen.

Ernstiger vormen van zwakzinnigheid, zoals ‘mongolen’ of ‘imbecielen’, werden geregeld genoemd in de dossiers, naast neurologische problemen als epilepsie of hersenontstekingen. Een andere grote groep werd gevormd door kinderen die Hart de Ruyter ‘nervuus’ noemde of ‘neurotisch’. Deze kinderen omschreef hij als stil, huilerig en ‘introvert’, maar ook wel als druk en ongeremd. Een laatste categorie cliënten waren de onhandelbare kinderen, die gedragsproblemen vertoonden van agressieve of seksuele aard. Ze waren ongehoorzaam en scholden tegen hun ouders en leraren, of ze waren fysiek agressief tegen broertjes, zusjes of leeftijdgenoten. Eén

jongen spijbelde voortdurend van school, kwam 's avonds dikwijls zeer laat thuis en ruilde van alles met de Canadezen. Voor deze groep kinderen trok Hart de Ruyter soms de diagnose psychopathie uit de kast. Toch was dit een kleine groep, zo'n tien procent van de dossiers. Juist de 'baldadige' jeugd waar men in 1946 zo beducht voor was, kwam relatief weinig bij de JPD terecht.

Van Jappenkamp naar vakantiekolonie

Eus Lekkerkerker schreef in 1955: 'Door de oorlog werd een scherper onderscheid duidelijk tussen geestelijk normalen en 'abnormalen', die niet makkelijk herstellen van de oorlogstrauma's'.⁴⁹ In de cliëntendossiers van Hart de Ruyter is dit ook terug te zien. Een aantal kinderen lijkt flink getraumatiseerd door gebeurtenissen in of vlak na de oorlog en had daar jaren later nog steeds last van. In het geval van een stotterende joodse jongen die in 1946 werd aangemeld, waren de problemen begonnen nadat hij tijdens de oorlog had moeten onderduiken, gescheiden van de rest van zijn gezin. Tijdens de onderduik was hij bovendien ontdekt, gevangen genomen en mishandeld. Hij had de oorlog desondanks overleefd, maar toen hij na de bevrijding thuiskwam zat hij onder de luizen en sprak geen woord. Hij wreef alleen steeds over moeders rok. Het enige wat hij na verloop van tijd zei, was dat hij blij was weer bij moeder te zijn. Hij was evenwel niet uit zijn apathie te krijgen.⁵⁰

Een andere jongen reageerde zijn problemen af door zich verwend te gedragen op school. Hij schreeuwde en hilde als hem iets werd verboden. De knul had volgens Hart de Ruyter een 'trauma' opgelopen tijdens de oorlog doordat hij in Nederlands-Indië gescheiden werd van zijn vader, die vervolgens overleed. De jongen zelf bleef met zijn moeder in een Jappenkamp. Hart de Ruyter verklaarde zijn gedragsproblemen uit de 'tekorten aan opvoedings- en ontwikkelingsmogelijkheden in het Indische kamp', waardoor hij achter was bij andere jongens van zijn leeftijd.⁵¹

Een ander gevolg van de oorlog was de armoede. In economisch opzicht was Nederland het zwaarst door de oorlog getroffen land van Europa.⁵² De naoorlogse jaren waren dan ook zwaar voor veel Nederlanders, die hadden gehoopt dat er na de verschrikkingen van de hongerwinter snel meer welvarende tijden zouden aanbreken. Die bleven echter voorlopig nog uit. Weliswaar was de aanvoer van brood en aardappelen in 1946 alweer op peil, extra's als eieren of spek waren nog moeilijk te krijgen. Ook aan zaken als luiers en kinderkleren was gebrek. Allerlei goederen waren jarenlang 'op de bon'.⁵³

Hart de Ruyter kon er soms voor zorgen dat kinderen een extraatje kregen van de gemeente. De verzorgster van een cliënte voor wie Hart de Ruyter extra 'textielpunten' regelde was dankbaar: 't Is nu een echte jongedame met haar twee nieuwe

jurkjes en kousen'. Als een kind 'zeer mager' of 'zeer nerveus' was, ging hij over tot uitzending. In andere gevallen keek hij het even aan. Bijvoorbeeld bij een gedeprimeerde jongen die slecht at en niet met andere kinderen speelde. Hij had veel angst en spanningen meegemaakt in de oorlog. Zijn broer was door de Duitsers weggehaald. Zijn vader was joods en overleefde de oorlog, maar de dreiging dat hij zou worden weggehaald was er permanent geweest. In 1950 ging het nog steeds niet veel beter met de cliënt. Hij zag er slecht uit en had 'zwarte kringen onder zijn ogen'. Toen mocht hij drie maanden naar een vakantiekolonie.⁵⁴ Voor kinderen die in de dossiers omschreven werden als 'nerveus', 'slap', 'tenger' en 'bleek' werd vaak door hun ouders of de huisarts om 'uitzending' gevraagd naar een vakantiekolonie aan zee of in de bossen, waar ze konden aansterken. De JPD kon hiertoe een indicatie afgeven.

De mens achter de patiënt

Uit de dossiers komt een beeld naar voren van Hart de Ruyter als een betrokken arts, die zich niet erg druk maakte om de grens tussen werk en privé. Met Rietje bijvoorbeeld, het masturberende meisje uit het begin van dit hoofdstuk, hield hij zich intensief bezig. Zijn eigen vrouw nam de voogdij over het meisje op zich. Ook schakelde hij zijn nicht, die inspectrice was bij de Kinderpolitie in Groningen, in om de moeder van Rietje te bezoeken toen die in de gevangenis zat. Hart de Ruyter ging naar het verjaarspartijtje van Rietje om het gemis van haar moeder te compenseren. Ze correspondeerden geregeld en Hart de Ruyter bleef Rietje volgen lang nadat hij in 1952 in Groningen lector in de kinderpsychiatrie was geworden.⁵⁵ Tekenend voor zijn band met de kinderen van het JPD is ook, dat sommigen van hen na het vertrek van Hart de Ruyter uit Amsterdam naar Groningen kwamen liften 'omdat ze zich in de steek gelaten voelden'.⁵⁶

Dit soort betrokkenheid was destijds niet heel uitzonderlijk. Artsen waren meer vergroeid met hun werk dan nu. Huisartsen hielden vrijwel standaard praktijk aan huis en psychiaters woonden vaak in speciale artsenwoningen op het terrein van de inrichting. In hun woningen werkten rustige patiënten als hulp in de huishouding. Maar de bevlogenheid van Hart de Ruyter paste ook in een progressieve stroming binnen de jeugdzorg en kinderbescherming die sinds de jaren twintig in opkomst was. Het draaide daarbinnen om het opbouwen van goede, vertrouwelijke banden, begrip, en een vaste, maar liefdevolle begeleiding van jongeren met psychische en gedragsproblemen.⁵⁷ Een belangrijk exponent van die stroming was een grote held van Hart de Ruyter: zenuwarts Frits Grewel. Die werkte als hoofd van de psychiatrisch-neurologische polikliniek in het Wilhelmina Gasthuis toen Hart de



Gymnastiek op het terras van een vakantiekolonie

Ruyter daar in de jaren dertig in opleiding was. Uit liefhebberij hield Grewel daar op zaterdagmorgen een poliklinisch spreekuur voor kinderen. Hart de Ruyter vertelde daar later over:

Dat zaterdagspreekuur mocht ik bijwonen en dat heb ik ook trouw gedaan. Grewel was niet zoveel ouder dan ik, maar hij was mijn coach. Ik had bij Grewel een persoonlijke aansluiting. Bij Grewel was in het gareel lopen ondenkbaar. Grewel zag de mens achter de patiënt.⁵⁸

Later ging Grewel werken in het Amsterdamse Observatiehuis, waar hij de progressieve denkbeelden van de eerdergenoemde Oostenrijkse psychoanalyticus August Aichhorn implementeerde. De hulpverlener moest in zijn ogen een helper van het kind zijn en allereerst diens vertrouwen krijgen.⁵⁹ Ook Hart de Ruyter probeerde in zijn contacten met de cliënten een vertrouwensband op te bouwen. Daarnaast stimuleerde hij ouders om met hun kinderen over emotionele zaken te praten. In het geval van een nerveuze jongen die op school vaak lusteloos voor zich uit zat te

staren en thuis stil en gesloten was, kwam hij er bijvoorbeeld achter dat de jongen een goede vriend had verloren. Hart de Ruyter schreef in het dossier:

Moeder heeft na de dood van dit vriendje nooit met hem gesproken, maar zoveel mogelijk alles vermeden, wat hem daaraan herinneren kan. Hij was er aanvankelijk erg van streek door, moest het portretje telkens kussen. Moeder geadviseerd niets voor hem te verzwijgen en hem het vragen gemakkelijk te maken.⁶⁰

Ook deze jongen bleef hij nog jaren volgen. De jongen kwam zijn rapporten laten zien of stuurde die naar Hart de Ruyter op. Die schreef dan bijvoorbeeld terug: ‘Er staan mooie cijfers op en naar de vijfjes voor gedrag zullen wij maar niet al te veel kijken. Als je zo door gaat, ga je zeker over naar de 3^e klas en dan ben je al een heel eind. Ik vind het prettig van je rapporten op de hoogte te blijven.’

‘De broertjes vooral niet uit elkaar halen!’

Hart de Ruyter liet kinderen het liefst in het eigen gezin blijven. Net als veel van zijn collega-kinderpsychiaters in die tijd was hij van mening dat kinderen daar het best af waren.⁶¹ Net als Pier de Boer en Querido was Hart de Ruyter niet dol op de geestelijke gezondheidszorg in de kliniek. In 1934, tijdens zijn opleiding tot zenuwarts had hij in Paviljoen 3 van het Wilhelmina Gasthuis gewerkt, de psychiatrisch-neurologische kliniek waar K.H. Bouman de scepter zwaaide. Hart de Ruyter vond de bejegening van de patiënten daar ‘onmenselijk’. Terugkijkend op zijn leven zou hij later over deze tijd zeggen:

Ik heb toen ook gezworen: ik ga nóóit werken in een psychiatrische inrichting, want daar is het nog erger dan in een universitaire kliniek. Dat wist ik. We hadden allerlei psychiatrische inrichtingen bezocht. Ik had ook een maand in een zwakzinnigen-inrichting gewerkt en dat was al even erg.⁶²

Soms moest een kind wel uit huis worden geplaatst, als het milieu zeer ongunstig was of in het geval van een jongen die onzedelijke handelingen pleegde met zijn zusje.⁶³ Maar Hart de Ruyter was ervan doordrongen dat kinderen zelfs aan disfunctionerende ouders zeer gehecht konden zijn. Ook benadrukte hij de schadelijke effecten van het weg moeten uit een vertrouwde omgeving. Over twee broers die al jaren zonder ouders op drift waren en van weeshuis naar pleegezin zwierven, schreef hij: ‘een verandering zou weer een psychisch trauma betekenen. De broertjes vooral niet van elkaar halen!’⁶⁴ Uit een ander dossier kwam naar voren hoe een cliënte

‘dikke tranen’ huilde om haar moeder, die wegens diefstal in de gevangenis zat. Haar vader was een alcoholist, handelde zwart in textiel en hield het met andere vrouwen, maar ‘toch hield ze van vader, en ze wil ook van moeder houden. Wil niet naar pleegouders, daar kan ze niet van houden, mag ze niet van houden’. Het meisje had een tijd lang in een kinderkuis gezeten en was daarna ‘negativistisch, angstig en recalcitrant’. Hart de Ruyter vond dit een ‘typische ontwortelingsreactie’. Hij plaatste haar uiteindelijk bij haar tante en niet in een pleeggezin, omdat hij bang was dat het meisje dan een hongerstaking zou beginnen of van ellende zou wegwijnen.⁶⁵

Buikpijn van het onaneren

Vond Hart de Ruyter als zenuwarts in opleiding de psychoanalyse ‘niet helemaal netjes’, over die schroom lijkt hij in 1946 heen te zijn. De seksuele gedragingen van kinderen en ook die van hun ouders komen geregeld voor in de dossiers en worden ronduit bij de naam genoemd. Hart de Ruyter is in die zin duidelijk een echte psychoanalyticus geworden – een belangrijk streven van Freud was immers ook om de openheid over seksualiteit te bevorderen. Anderzijds waren er ook voor de komst van Hart de Ruyter ouders die wegens het seksuele gedrag van hun kinderen zelf de GG & GD opzochten. Zo meldde zich in 1944 een pleegmoeder van een vijfjarige jongen omdat het kind ‘rare en vieze streken’ zou hebben. Ze bond iedere avond zijn handen vast, omdat hij anders aan zijn geslachtsorganen zat. Het was zelfs zo erg, volgens haar, dat het knulletje er buikpijn van had en er slecht van uitzag. Naast deze masturbatieneigingen was het jochie ook ‘reusachtig zenuwachtig’ en kon het niets, geen schoenveter vastmaken, geen neus snuiten. Hij was erg lastig.⁶⁶

In de dossiers van Hart de Ruyter was vaak sprake van ‘onanie’ (masturbatie), gedrag dat hij als ongezond en teken van nervositeit beschouwde. Het spreken over seksuele zaken waardeerde Hart de Ruyter wel positief: ‘spreekt vrij gemakkelijk over zijn onanie’, schreef hij dan op. De daad zelf moedigde hij echter bepaald niet aan. Over een jongen van tien jaar, die sinds zijn zevende masturbeerde, merkte hij goedkeurend op: ‘onanie thans niet vaker dan eenmaal in de week’. Enkele jaren later noteerde hij tevreden over dezelfde cliënt, inmiddels een puber van vijftien jaar, dat het ‘een gezonde, eerlijke, frisse jongen’ was geworden. ‘Hij onaneert niet meer. Van het oneerlijke, schuwe, gore, verwaarloosde knaapje van vroeger is niets meer over gelukkig’. Hart de Ruyter verbond overmatige masturbatie aan een verwaarloosde, ongezonde staat.⁶⁷

Ook het seksuele leven van de ouders van cliënten beschreef Hart de Ruyter af en toe in de dossiers. ‘Huwelijksleven niet goed’, noteerde hij bijvoorbeeld. ‘Begrijpen elkaar niet in sexuele omgang. Onbevredigd leven’.⁶⁸ Uit de dossiers doemt

kortom een beeld op van een arts die progressief was in zijn streven seksualiteit bespreekbaar te maken. Nadat er tijdens het Interbellum tijdelijk meer openheid was ontstaan over seksualiteit en voorbehoedsmiddelen, trok Nederland de teugels na de oorlog strak aan. Een zedelijkheidsoffensief van geestelijken en artsen leidde ertoe dat het aantal buitenechtelijke kinderen daalde tot een historisch laagtepunt, evenals het aantal echtscheidingen. Gezien dit preutse naoorlogse klimaat verrast het niet dat één fenomeen opvallend afwezig was in de dossiers van Hart de Ruyter: seksueel misbruik van kinderen door volwassenen. Slechts in één dossier komt het voor. Dan staat vermeld dat er volgens de Kinderpolitie sprake zou zijn van seksueel misbruik bij een licht verstandelijk gehandicapt meisje.⁶⁹

Seksueel misbruik lijkt echter geen groot thema te zijn geweest voor Hart de Ruyter, afgaande althans op de dossiers uit de steekproef. Tegenwoordig zou de oorzaak van het uitdagende en ontremde gedrag van Rietje, het meisje uit het begin van dit hoofdstuk, bijvoorbeeld nader onderzocht worden vanuit de gedachte dat seksueel misbruik tot dergelijk gedrag kan leiden. Er zijn echter geen aanwijzingen dat Hart de Ruyter kritische vragen stelde over wat Rietje door mannen in haar omgeving kon zijn aangedaan. Hierin was Hart de Ruyter geen uitzondering; veel aandacht voor seksueel misbruik van kinderen was er destijds nog niet. Alleen een enkeling, zoals Meta Kehler, hoofdinspecteur van de Zedenpolitie in Amsterdam, nam de verhalen van kinderen over ontucht serieus. Volgens Kehler luchtte het kinderen op om te praten over ‘het kwaad dat hen was aangedaan’.⁷⁰ In de jaren vijftig en zestig nam echter ook binnen de afdeling jeugdpsychiatrie van de Amsterdamse GG & GD de aandacht voor seksueel misbruik toe. Er kwamen toen veel meldingen binnen, die men doorgaans geloofwaardig vond en serieus oppakte.⁷¹

Onverkwikkelijke tonelen thuis

Toen Hart de Ruyter in 1990 over zijn leven en werk werd geïnterviewd, waren zijn uitspraken over de ouders van zijn cliënten ambivalent. Enerzijds vertelde hij dat hij van zijn collega Eus Lekkerkerker had geleerd om ‘ouders in hun waarde te laten en om in te zien dat als de ouders fouten maken ze dat niet doen voor hun plezier, maar omdat zij weer slachtoffers zijn van hun eigen voorgeschiedenis’. Anderzijds vertelde hij hoe hij ervan griezeld om te zien hoe sommige ouders met hun kinderen omgingen.⁷² Het lijkt erop dat hij worstelde met de vraag naar de eigen verantwoordelijkheid van ouders voor hun tekorten als opvoeders.

Kinderpsychiaters als Hart de Ruyter droegen bij aan wat wel is aangeduid als de ‘medicalisering van de opvoeding’ die van start ging in de jaren dertig van de vorige eeuw. Door Medisch Opvoedkundige Bureaus en ook in populaire literatuur

werden ouders door artsen en psychiaters geïnstrueerd over hoe ze hun kinderen moesten opvoeden. Deze deskundigen waren geïnspireerd door de opkomende psychoanalyse en psychologie, dus de term 'psychologisering van de opvoeding' is wellicht meer op zijn plaats. Als gevolg verschenen er in het Interbellum opvoedingshandleidingen voor ouders met titels als: *Hoe opvoedingsfouten te vermijden* en *Moeilijke kinderen. Een boek voor ouders en opvoeders*. In de opvoeding van kinderen vormde het deugdzame voorbeeld van ouders 'niet langer de sleutel tot succes', aldus historica Nelleke Bakker. De eisen die aan ouders werden gesteld, veranderden: ze moesten de achterliggende gevoelens leren doorgronden die schuilgingen achter 'lastig' gedrag van hun kinderen, zoals bedplassen, niet willen eten of ongehoorzaamheid. Ze moesten hun kind niet alleen leren een fatsoenlijk en eerzaam bestaan te leiden, maar het ook zelfvertrouwen bijbrengen en zorg dragen voor een gezonde 'emotionele balans'.⁷³

Hart de Ruyter schreef de geestelijke problemen van kinderen vaak direct toe aan het gedrag van hun ouders. Hij noteerde bijvoorbeeld in een dossier: 'Algemene indruk: neurotische kinderen door opvoeding bij een neurotische moeder'.⁷⁴ In een ander geval beschreef hij hoe een moeder haar oudste zoon steeds vergeleek met een jonger broertje, dat veel slimmer was. Dit versterkte volgens Hart de Ruyter de minderwaardigheidsgevoelens van de oudste zoon, die cliënt was van de JPD.⁷⁵ Een slecht huwelijk kon volgens hem ook de oorzaak zijn van de problemen van kinderen. Zo schreef hij over een cliënt: 'X heeft iets stiekums over zich in zijn houding, maar is het in werkelijkheid niet. Het zal wel het gevolg zijn van het bijwonen van de onverkwikkelijke tonelen thuis'.⁷⁶

Verwaarlozing en liefdesverwenning

Geregeld noemde hij 'verwaarlozing' als achtergrond van de problemen van kinderen. Met dit begrip duidde hij op situaties waarin er sprake was van emotionele verwaarlozing van kinderen door ouders die teveel dronken, in de prostitutie zaten, in de gevangenis waren beland of in vervuilde en armoedige woningen woonden. Hart de Ruyter vertelde hierover achteraf:

In mijn tijd als jeugdpsychiater in Amsterdam kwam ik in aanraking met échte verwaarloosde jeugd, de pré-psychopaatjes. Daar ging mijn hart eigenlijk helemaal naar uit. Misschien misplaatste sentimentaliteit. Ik heb altijd zo'n beetje een zwak gehad voor de verdrukten.⁷⁷



Moeder met kinderen in een Amsterdamse eenkamerwoning

Hart de Ruyter beschreef hun ouders dan ook vaak flink kritisch. In omschrijvingen van de thuissituatie stond bijvoorbeeld: 'Trof moeder aan in een rommelige naar katten stinkende keuken'. Vooral de moeders moesten het ontgelden. Zij waren 'nervuus', 'zeer onbedreven', 'zeer onpedagogisch, dom en fel' of hadden 'veel zenuwdrankjes nodig'.

Een terugkerend thema in de dossiers was dat van de moeder die – in de visie van hulpverleners – een gezonde ontwikkeling van haar zoon verhinderde. Zo stond in een dossier:

Een jongen met diverse problemen. Een van de problemen is zonder twijfel zijn moeder. Toevallig waren wij ongezien getuige van een kleine scene tussen moeder en zoon. Op driftige wijze verschikte zij iets aan zijn das, waarop de jongen in volslagen afweer reageerde, terwijl hij tijdens het gehele onderzoek op de afdeling een prettige en redelijke indruk maakte. Waarschijnlijk wordt de jongen thuis sterk gefrustreerd, wat hij voor een groot deel in fantasie moet compenseren. Wij vragen ons af, of er voor x niet veeleer enige mogelijkheden in de handel gelegen zijn. Indien mogelijk late men hem dit elders doen en hem eens een tijdje los van zijn moeder zijn.⁷⁸

De aandacht van psychoanalytici voor de rol van de moeder nam in de naoorlogse jaren toe. Er vond in de kinder- en jeugdpsychiatrie een gestage omslag plaats van

aandacht voor het individu, naar aandacht voor het ‘individu in diens context’.⁷⁹ Zo benadrukte de Engelse analyticus John Bowlby het belang van een goede ‘hechting’ tussen moeder en kind in de vroege jeugd. Een groot gevaar was echter dat een moeder te veel liefde gaf. Evenals ‘verwaarlozing’ werden ‘liefdesverwenning’ en ‘overbescherming’ als mogelijke oorzaken van het ‘deraileren’ van een kind beschouwd.

Hart de Ruyter was er vroeg bij. Hij had John Bowlby in 1945 ontmoet op een Zwitsers congres. Hij vond in deze pionier van de hechtingstheorie naar eigen zeggen een geestverwant:

Tot mijn grote verbazing, of eigenlijk tot mijn grote vreugde, ontdekte ik dat hij op precies hetzelfde spoor zat als ik. Het analytische spoor: zorg dat de eerste jeugdervaringen, de eerste relaties met de omgeving veilig zijn, warm zijn. Veilig voelen. Bowlby had een iets andere gedachte dan ik maar de grondgedachte was gelijk; preventie door te zorgen dat moeders de kans krijgen om goed voor hun kinderen te zorgen en zo mogelijk de vaders ook, maar dat was niet zo in de picture in die tijd.⁸⁰

Vaders waren ook letterlijk minder ‘in de picture’. Zoals blijkt uit de dossiers waren het meestal de moeders die met de kinderen naar het spreekuur kwamen of thuis waren bij een huisbezoek. Het traditionele burgerlijke gezinsmodel, waarbij de man uit werken ging en de moeder thuis bleef met de kinderen, was eind jaren veertig dominant. Het pedagogische gedrag van moeders kon simpelweg beter worden geobserveerd en dus ook bekritiseerd.

Waken over kinderen

De twintigste eeuw is vaak getypeerd als de ‘eeuw van het kind’. De Zweedse pedagoge Ellen Key publiceerde in 1900 een internationale bestseller met die titel, waarin ze pleitte voor meer kinderrechten en een kindgerichte opvoeding. Niet alleen Key, maar een breed internationaal gezelschap van politici, artsen, psychiaters, psychologen en pedagogen betoogde begin vorige eeuw dat kinderen en adolescenten een andere aanpak nodig hadden dan volwassenen. Ze moesten allereerst niet werken, maar naar school gaan. Ook hadden ze recht op een eigen jeugdcultuur, met ‘gezonde’ vrijetijdsverenigingen als de padvinderij. Als ze crimineel dreigden te ontsporen, dienden ze te worden heropgevoed in speciale tehuizen. Zodra hun lichamelijk of geestelijk welzijn in gevaar kwam, moesten ze door de staat kunnen worden beschermd tegen hun falende ouders en geholpen door de jeugdzorg.

De JPD maakte deel uit van deze ‘ontdekking’ van de jeugd als aparte sociale categorie in de eerste helft van de twintigste eeuw. Hoewel Hart de Ruyter mede werd aangesteld bij de GG & GD ter handhaving van de maatschappelijke orde, vulde hij zijn functie in door als verdediger en belangenbehartiger op te treden van zijn cliënten. Langzaam verschoof de focus van de probleemkinderen naar hun ‘probleemouders’: vaders en moeders die hun kinderen thuishielden, verwaarloosden of andere gebreken in de opvoeding vertoonden. Hart de Ruyter verwoordde dat in 1952 als volgt: ‘Opvoedingsfouten noemde men vroeger kinderfouten. Thans weten wij, dat de fout veelal niet bij het kind ligt (al is er meestal wel een gevoelige plek of zwakke stee in de aanleg), maar bij de opvoeders’.⁸¹

De eerste generatie kinderpsychiaters is er later van beschuldigd dat ze de ouders een schuldcomplex aangepraat zou hebben. Inderdaad uitte ook Hart de Ruyter zich vaak kritisch en soms ronduit moralistisch over ouders. Het is echter de vraag hoe hij de ouders aansprak als hij ze ontving op zijn bureau. Mogelijk reageerde hij zich alleen op papier af en bleef hij in de omgang met vaders en moeders neutraal en beleefd, zoals hij naar eigen zeggen van Lekkerkerker had geleerd. Zeker is echter wel dat Hart de Ruyter zich, net als veel van zijn collega’s destijds, minder druk maakte ‘om het welzijn van de ouders dan om dat van de kinderen’, in de woorden van historica Leonie De Goei.⁸²

Uiteindelijk stond hij hierin vrij machteloos. In het geval van Rietje bijvoorbeeld, het meisje met wie dit hoofdstuk begon, kon Hart de Ruyter niet voorkomen dat zij jaren moest blijven tobben met een moeder die een leven leidde als prostituee en draaideurgevangene. Het enige harde middel dat hij had, was om in samenwerking met de Kinderrechter en de Voogdijraad kinderen uit huis te plaatsen. Juist dat deed hij niet graag, omdat hij zich sterk bewust was van de gehechtheid van kinderen aan hun ouders. Wat hij wel kon, was over de kinderen ‘waken’. Zijn sociiaalpsychiatrisch toezicht hield voor een belangrijk deel in dat hij luisterde naar het verhaal van de kinderen en hen het idee gaf dat er naast hun ouders en onderwijzers nog andere volwassenen bestonden, die belangstelling voor hen hadden en hun belangen wilden behartigen. De disciplinerende van de jeugdige psychopaten vormde Hart de Ruyter zodoende om tot een streven naar maatschappelijke emancipatie van jongeren met psychische problemen. Als het aan hem lag, werd de twintigste eeuw inderdaad de eeuw van het kind.

Toen en nu 'Elk vogeltje zien vliegen'

Linda Dil (1969) is psychiater en psychotherapeut voor jeugd en volwassenen. Ze werkt sinds april 2014 voor de afdeling MGGZ van de GGD Amsterdam. Ze vindt het hartverwarmend hoe haar voorganger Hart de Ruyter te werk ging. 'Dat waken over kinderen, dat spreekt me zeer aan'. Wel ging hij de kaders van zijn taakopdracht soms te buiten, zoals in het geval van Rietje. Daar ging hij verder dan diagnosticeren en toeleiden naar geschikte zorg. Toch kan ze zich voorstellen hoe zoiets gebeurde: 'Een pupil kan een hulpverlener uitkiezen als 'ontwikkelingsfiguur', iemand die hij vertrouwt of zelfs idealiseert. Dan kan het goed zijn zo'n kind wat langer bij je te houden, zodat het positieve hechtingservaringen kan opdoen. Je moet dat natuurlijk bedachtzaam doen, met reflectie'.

Net als Hart de Ruyter hecht Dil veel belang aan omgevingsinvloeden. De mate van geestelijk welzijn van kinderen is zeker niet alleen afhankelijk van de genen. 'Ze hebben vooral goede relaties nodig om een gezond basisvertrouwen te krijgen van waaruit ze zich positief kunnen ontwikkelen'. Ze maakt zich dan ook zorgen over huiselijk geweld en het groeiende aantal vechtscheidingen: 'Zeer toxisch voor kinderen.' Ook is de definitie van 'trauma' uitgebreid. Waar dit voor Hart de Ruyter vooral betrekking had op heftige oorlogssituaties, onderscheiden huidige kinder- en jeugdpsychiaters ook 'relationeel trauma'. Dil: 'Dan gaat het om het samenleven met een zeer onvoorspelbare ouder. De chronische stress en overprikkeling die dit oplevert, leidt tot een verhoogde alertheid en *arousal* in het kind. Dat krijgt moeite zijn gevoelens te reguleren en gaat impulsief of juist teruggetrokken gedrag vertonen'.

De context waarin Hart de Ruyter werkte was wel totaal anders dan nu, valt Dil op: 'De schaal is nu zoveel groter. Hij moest echt pionieren en werkte met een handjevol andere instellingen voor jeugdzorg samen. Tegenwoordig is er sprake van een ware "zorgjungle". Vernieuwing in de jeugdzorg is soms het creëren van nieuwe dingen, maar gaat vooral ook over stroomlijnen, structureren tot misschien zelfs snoeien'. Daarnaast is er een grotere rol voor medicatie gekomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, waardoor men voor de moeilijkste groep kinderen meer behandel mogelijkheden heeft gekregen. Dil: 'Ik denk dat Hart de Ruyter heel blij was geweest als hij beschikking had gehad over methylfenidaat (Ritalin).

Het is een beproefd middel en ADHD is een valide classificatie. Ook Hart de Ruyter behandelde van die kinderen die elk vogeltje zien vliegen en niet te handhaven zijn op school. Deze beelden zijn zo oud als de weg naar Rome'. Wel heeft ze bedenkingen bij de druk die momenteel op behandelers ligt om in zeer korte tijd ('soms binnen een kwartier') een diagnose te stellen bij kinderen. Dil: 'Het risico is dan om te snel een medisch stempel te geven.'

Ondanks alle verschillen is er een belangrijke overeenkomst tussen vroeger en nu, namelijk de ambitie om psychische problemen te voorkomen door zo vroeg mogelijk in te grijpen. De liefde voor preventie verenigt Theo Hart de Ruyter en Linda Dil: 'Doordat ik me bezighoud met kinderen, jongeren én volwassenen ben ik geïnteresseerd geraakt in "levensloop psychiatrie". Een psychische stoornis komt niet uit de lucht vallen. Wanneer begint zo'n proces, waar heb je nog kansen en wanneer niet meer?'

Door onderzoek in de cliëntgegevens van de GGD hoopt zij in beeld te krijgen welke groepen jongeren verhoogd risico lopen. 'Evidence based' preventie, noemt ze dat. Dil: 'Bij de jeugd vallen nog grote slagen te maken. De GGD mag hierin wat mij betreft heel ambitieus zijn'.

3 “Busje komt zo”

De pioniersjaren van de methadonverstrekking in Amsterdam (1975–1985)

8 juni 1979. Op de eerste dag dat de methadonbus in Amsterdam moest gaan rijden, was er nog geen bus. De GG & GD had voor het symbolische bedrag van één gulden een oude bus overgenomen van het gemeentelijk vervoerbedrijf, maar deze diende eerst grondig verbouwd te worden. Er moest een wachtruimte komen voor de cliënten, een balie waar de verpleegkundigen achter kwamen te zitten en een kachel. Dit was nog niet klaar, dus verstreekte de GG & GD die eerste dag de methadon vanuit de Citroën DS van drugteam-arts Gerrit van Santen. Eerst werden er cupjes vloeibare methadon opgehaald bij het Slotervaartziekenhuis. Hierna parkeerde men de Citroën DS achter het Centraal Station, om in spanning te wachten op de eerste klant. Alle medewerkers van het eerste uur weten nog wie dat was: een wat oudere gebruiker, die in Suriname onderwijzer was geweest. Deze figuur was er blijkbaar op uit gestuurd als verkenner en was die eerste dag ook de enige klant. Volgens psycholoog Ernst Buning, coördinator van de methadonbus, ging destijds onder verslaafden het gerucht dat als je naar de methadonbus ging, de dealers je voor straf nooit meer heroïne zouden verkopen. Want de dealers zagen de methadonbus als concurrentie.

Dit was geen onlogische gedachte. De eerste hoofdstedelijke methadonbus was het antwoord van gemeente en GG & GD op een acuut openbare ordeprobleem: een grote ‘zwerfgroep’ heroïneverslaafden hield zich op in en om het kraakpand De Doelen aan de Kloveniersburgwal. Vele honderden gebruikers – schattingen lopen uiteen van zeshonderd tot twaalfhonderd personen, voornamelijk van Surinaamse of Antilliaanse afkomst – kwamen er dagelijks om hun drugs te kopen.¹ Omwonenden klaagden over geluidsoverlast, steekpartijen, wildplassen en comateuze verslaafden op de toiletten van buurtcafés. Ook was er veel verwervingscriminaliteit in de directe omgeving: autokraken, winkeldiefstallen, berovingen, et cetera. Met het gratis aanbieden van methadon, een synthetisch opiaat, hoopte men deze verslaafden een goedkoop alternatief te bieden voor heroïne en hen zo in zorg te krijgen.

Voor de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG & GD werd het coördineren van de methadonverstrekking een belangrijke nieuwe taak. In de loop van de jaren tachtig zette Amsterdam in op een grootschalige laagdrempelige methadonverstrekking, via methadonbussen, wijkposten en huisartsen. De GG & GD kreeg de regio toegewezen. De methadonverstrekking stond ‘in het hart’ van een nieuw gemeen-

telijk beleid van *harm reduction*. Doel hiervan was niet primair het stopzetten van drugsgebruik. De inzet was om in contact te komen en te blijven met gebruikers, hen voor te lichten en te steunen, om zo verdere fysieke en sociale verloedering te voorkomen. Het beleid was een groot succes, volgens de Amsterdamse wethouder zorg in 1997: ‘Het Nederlandse en Amsterdamse beeld pakt goed uit in vergelijking tot andere landen’. Ons land had zelfs een ‘absolute toppositie’ waar het ging om het aanbieden van medische behandelingen aan verslaafden.²

Dit hoofdstuk laat zien dat de laagdrempelige methadonbehandeling niet werd geboren als zorgmaatregel. Zij werd in het leven geroepen in het kader van gemeentelijke ‘rampbestrijding’. De eerste methadonbus ging rijden onder druk van acute openbare ordeproblematiek, als onderdeel van een veelomvattend plan van crisis-aanpak rond de groep Surinaamse verslaafden. Aan een grootschalige verstrekking van vervangende middelen dacht men destijds in Amsterdam nog niet. Op de eerste methadonbus heerste zelfs nog een tamelijk afkickgerichte mentaliteit. Wethouder Volksgezondheid Irene Vorrink (PvdA) hield de gemeenteraad in 1979 voor, dat de methadonbus een afkickgerichte vorm van hulpverlening was.

In dit hoofdstuk komen allereerst de wortels van de methadonbehandeling aan bod: de explosie van heroïnegebruik in Amsterdam na 1972 en de onrust rond de Surinaamse gebruikers. Begin jaren zeventig gebruikten nog slechts enkele honderden jongeren opium of heroïne, maar in 1980 schatten deskundigen het aantal jeugdige heroïneverslaafden in de hoofdstad op tienduizend. Ongeveer tweeduizend van hen waren van Surinaamse afkomst.

Vervolgens zal de gang van zaken op de eerste methadonbus worden belicht, op basis van een representatieve steekproef van 36 dossiers van de eerste lichting cliënten. Zij kwamen in beeld in de periode 1979-1981. Hierna wordt beschreven hoe de methadonbehandeling uitgroeide tot grootschalig gemeentelijk beleid. Het hoofdstuk eindigt met een morele evaluatie van de methadononderhoudsbehandeling. Is het een manier om onaangepaste burgers in het gareel te krijgen, of worden verslaafden juist verwend met gratis drugs?

Knullen met lepeltjes en aanstekers

In 1972 maakte het jaarverslag van de GG & GD melding van veldwerkers belast met het opsporen van ‘drugaddicts’. Tienduizenden jongeren, vooral afkomstig uit Duitsland, Amerika, Frankrijk, Italië en Engeland, kwamen hier genieten van de makkelijk te verkrijgen hasj en weed, en van modern entertainment in ‘bewustzijns- en meditatie centrum’ Fantasio en poptempels Paradiso en de Melkweg. De jeugdhotels zaten al snel vol en veel hippies legden hun slaapzakken neer op de



‘Echte hippies’ en ‘vakantiehippies’ in het Vondelpark, 1971

Dam. Nadat de gemeente in 1971 het slapen op de Dam verbood, bivakkeerden ze in het Vondelpark. Om overlast te voorkomen zorgde Amsterdam voor een bagagedepot, wasgelegenheid, toiletten, onderhoud en schoonmaak. Veldwerkers boden informatie over de stad en over een verstandig gebruik van drugs. Verpleegkundigen van de GG & GD stonden de jeugd bij met kilo's aspirine, luizenwater, hoestdrank, vitaminetabletjes, pleisters en verband.

Criminoloog Ed. Leuw constateerde op basis van een enquête onder 708 jeugdige toeristen dat in de zomer van 1972 ruim tachtig procent van de jongeren in het Vondelpark drugs gebruikte. Ongeveer vijftig procent beperkte zich tot de cannabis, terwijl dertig procent daarnaast ook andere middelen nam, voornamelijk LSD. Een minderheid van tien procent gebruikte in het Vondelpark harddrugs zoals amfetaminen, opium en heroïne.³ Die laatste drug was dat jaar in de scene geïntroduceerd voor de betaalbare prijs van 25 gulden per gram.⁴ In Amsterdam was men nauwelijks bekend met dit middel, dat in 1898 als middel tegen hoesten en bronchitis op de markt was gebracht. Begin twintigste eeuw werd heroïne in veel westerse landen illegaal verklaard, ook in Nederland met de Opiumwet van 1919.

Heroïne wordt gemaakt uit morfine, wat op haar beurt gemaakt wordt uit opium, een stof die afkomstig is van de papaverplant. De opiaten staan bekend om hun pijnstillende en verdovende effecten. Een shot heroïne levert enkele seconden hevig genot (de ‘flash’), waarna een roes volgt van vier à zes uur. De gebruiker ervaart een toestand van intens welbehagen; pijn, verdriet, honger, angst of kou verdwijnen.

Giel van Brussel, destijds arts in opleiding met een bijbaantje in het Vondelparkproject, maakte de komst van deze nieuwe drug van dichtbij mee.

Het werd uitgevent door Amerikaanse Vietnam veteranen en deserteurs. Het was erg goedkoop. Onder de brug in het Vondelpark was een informatiekeet en daar stonden die knullen met lepeltjes en aanstekers te rotzooien. En die moest je dan wegsturen. Achteraf gezien is dat het begin geweest van de heroïne.⁵

In de zomer van 1974 was het tot de hulpverleners in het Vondelpark doorgedrongen dat hier sprake was van een fors probleem. Elke dag kwamen er gebruikers bij en de heroïne was nog steeds relatief goedkoop, ongeveer vijftig gulden per gram. Zware heroïneverslaafden doen hier een dag mee, voor een matige of beginnende gebruiker is het genoeg voor enkele dagen. Medewerkers van Stichting De Laurier, een alternatieve hulporganisatie die ‘geflipte’ LSD-gebruikers opving, stonden erbij en keken ernaar:

Voor al jonge kinderen staan in het park bloot aan het gevaar dat zij door *pushers* opgezocht worden, met name geldt dit voor de vaak zeer jonge weglopers. Het was niet altijd een kwestie van *pushen*. In principe liepen alle kennissen van spuiters gevaar: in zo’n groepje was de verleiding om heroïne te proberen groot. Vaak is het gewoon een kwestie van: geen onderdak, meegaan met een nieuwe kennis, z’n vrienden komen langs en nemen een shotje, zij zien er niet ziek of uitgemergeld uit. De nieuweling hoort dat het allemaal prima gaat en neemt ook al of niet voorzichtig een shotje.⁶

Hulpverleners waarschuwden voor deze relatief onbekende drug door te benadrukken dat je eerder aan de heroïne verslaafd raakte dan je dacht. Wie het middel drie weken dagelijks gebruikt, krijgt bij stoppen al te maken met ontwenningsverschijnselen. Maar de jongeren geloofden hen niet. ‘Dat zeiden ze van hasj vroeger ook’, was het tegenargument. De veldwerkers liepen voor hun gevoel achter de feiten aan. Aan het einde van het zomerseizoen van 1974 verspreidden ze een folder over heroïne in zeven talen, persoonlijk uitgereikt aan alle Vondelparkslapers, maar het was te laat. Het heroïnegebruik greep om zich heen. Mede hierdoor werd het Vondelparkproject stopgezet.

Leuw onderscheidde in het Park de 'vakantiehippies', die zich alleen in de vakanties mengden in de hippiecultuur; de echte hippies, voor wie de subcultuur een levensstijl was; en de 'drop outs', die noch tot de normale samenleving behoorden, noch tot de hippiesubcultuur. Volgens Van Brussel waren de problematische heroïnegebruikers vooral te vinden onder die laatste groep. Van Brussel: 'Gestoorde mensen voelen zich thuis in een situatie waarin iedereen afwijkt, omdat zij dan zelf ophouden vreemd te zijn. Omdat iedereen vreemd is, ben je zelf niet meer vreemd.' Heroïne werkte voor sommige jongeren mogelijk als zelfmedicatie, want het onderdrukt psychotische verschijnselen.

Toen het Vondelparkproject stopte en de hippiecultuur in Amsterdam over haar hoogtepunt raakte, voelde het volgens Van Brussel voor de groep heroïneverslaafden 'net alsof het warme bad leegloopt, en dan zit je daar koud in dat bad.' De gemeente subsidieerde na 1974 voor dit restant verslaafden uit de hoogtijdagen van de hippiecultuur een laagdrempelige opvanggelegenheid in de Spuistraat: de Huis- en Uitkeringenkamer (HUK). Hier mochten ze ongestoord hun drugs gebruiken, konden ze douchen en een maaltijd krijgen. Ook was er medische en psychosociale hulp voorhanden.

Afkicken op het politiebureau

De rijdende psychiaters van de GG & GD kregen het ondertussen steeds drukker met de jonge harddruggebruikers. Hun aantal nam medio jaren zeventig 'schrikbarend toe'⁷, terwijl de prijs van heroïne steeg. In 1977 was de prijs van een gram heroïne opgelopen tot driehonderd gulden.⁸ Verslaafden zagen zich gedwongen te dealen, te stelen of zichzelf te prostitueren om in hun gebruik te voorzien. 'Het aantal consulten aan politiebureaus in verband met mogelijke onthoudingsverschijnselen bij gearresteerde drugaddicts nam toe', aldus het jaarverslag van 1973.⁹ Soms was wel een kwart van de politiecellen gevuld met gebruikers.¹⁰ Binnen de afdeling Geestelijke Hygiëne was men veel tijd kwijt aan deze groep. Men besloot tot een specifieke benadering. Vanaf april 1977 kreeg de politie de gelegenheid om ingesloten druggebruikers tweemaal daags te laten bezoeken door artsen van het inmiddels geformeerde 'drugteam' van de GG & GD. De ingesloten heroïnegebruikers moesten in betrekkelijk snel tempo afkicken voor ze weer werden vrijgelaten, uitgewezen naar hun land van herkomst of doorgestuurd naar het Huis van Bewaring.

Aanvankelijk kicken de verslaafden af met behulp van kleine doses methadon, soms aangevuld met wat librium en slaaptabletten. Giel van Brussel kwam in 1977 bij de GG & GD in dienst om zich als arts bezig te gaan houden met de verslaafden op de politiebureaus. Hij herinnert zich dat hij 'elke methadontablet 'tot de dood'

moest verdedigen. ‘Of ik gek was? Je geeft alcoholisten toch ook geen jenever?’¹¹ De gezondheid van de arrestanten was vaak slecht. Het ‘maskerend effect van de gebruikte opiaten [was] zeker mede oorzaak van de vaak verregaande mate van zelfverwaarlozing’, aldus Van Brussel. De artsen van de GG & GD hadden het druk: in 1979 hadden zij 2327 cliënten gezien, die samen 13.643 artsenbezoekjes genereerden. Het waren voornamelijk mannen (83 procent) van rond de 25 jaar. Ruim een derde was van Nederlandse afkomst (38 procent), naast groepen Duitsers, Fransen, Italianen en in mindere mate Grieken, Spanjaarden en Noord-Afrikanen.

Een opvallend grote groep vormden de Surinaamse heroïnegebruikers (18 procent). Rondom de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 kwamen vele tienduizenden Surinamers naar Nederland toe. De piek lag in 1975. Bijna 40.000 Surinamers vertrokken in dat jaar naar Nederland. Maar ook in 1979 en 1980 arriveerden hier nog ruim 18.000 mensen per jaar uit Suriname.¹² Ons land was niet berekend op deze migrantenstroom. Opvang en huisvesting schoten tekort, veel Surinamers verbleven in armoedige pensions of woonden in bij familie. Op de arbeidsmarkt vonden ze weinig aansluiting. Sommigen ontdekten via vrienden de heroïne, die zij meestal ‘chineesden’: ze legden de drug op een zilverpapiertje, hielden er een aansteker onder en inhaleerden door een kokertje de opstijgende dampen.

Een supermarkt voor drugs

De politie van Amsterdam kreeg veel kritiek van bewoners van de binnenstad, die het stadsbestuur een te toegeeflijke houding tegenover de verslaafden verweten en het verantwoordelijk stelden voor de drastische toename van de criminaliteit (winkeldiefstallen en berovingen) en de verloedering (onder meer door heroïneprostitutie) van hun woongebied. De politie besloot tot een hardere aanpak. In 1978 werd een aantal gedoogde gebruikersruimten (‘heroïnecafés’) op de Zeedijk gesloten omdat er zou worden gedeald. Opgejaagde Surinamers namen hun intrek in het SOSA gebouw aan de Herengracht 519, een gedoogd kraakpand waar door Surinaamse welzijnsinstellingen opvang werd geboden. Hier werd al snel op grote schaal gedeald. De overlast voor de buurt was groot en het pand trok ook buitenlandse verslaafden aan.¹³ Volgens burgemeester Wim Polak was het een onhoudbare situatie dat er in de binnenstad een ‘soort supermarkt voor drugs’ bestond.

In de bitterkoude winter van 1979 werd het pand door de ME ontruimd. De evangelisch-christelijke Stichting De Regenboog ontfermde zich over de bewoners, samen met enkele Surinaamse welzijnsorganisaties, verenigd in de Stuurgroep 9-2-9. Dominee Wouters van De Regenboog wist van een leegstand pand aan de Kloveniersburgwal, vlakbij het kantoor van De Regenboog: gebouw De Doelen, een



Dominee Wouters helpt de 'zwerggroep' bij de kraak van De Doelen, 1979



Interieur van kraakpand De Doelen

voormalig cultureel centrum dat na een brand leegstond. Hij hielp de zwerggroep dit pand te kraken. In een indrukwekkend en mediageniek tafereel troonde deze dominee met zijn lange baard de groep Surinamers door de sneeuw naar De Doelen.

De gemeente gedoogde de kraak nadat de Stuurgroep had beloofd de situatie in de hand te zullen houden, door een streng toelatingsbeleid en registratie van bezoekers. Al snel bleek dat de situatie in De Doelen niet veel beter was dan in het SOSA-gebouw. Op uitnodiging van de Stuurgroep hield Van Brussel er een paar keer per week spreekuur:

Als je daar binnenkwam, zag je een groot, zwart hol met drie gloeilampjes, getrokken vanuit het kantoor van de Regenboog. En dan zaten daar al die Surinamers, zwarte mensen met petjes op, en er stonden tafels, met messen, pistolen en dope. Daar paradeerden dan zo'n duizend mensen per dag langs.

Van Brussel zag veel schrijnende gevallen. Mensen kampten met verwaarloosde longkwalen, hepatitis B (geelzucht) en diverse geslachtsziekten.¹⁴ Ook kwam de behoefte aan methadon sterk naar voren op het spreekuur.¹⁵

Rond de situatie in De Doelen ontstond een maandenlange impasse. Het was iedereen duidelijk dat ook dit pand ontruimd moest worden, omdat de dealers in

feite de baas waren. Tegelijk was het duidelijk dat er iets geregeld diende te worden voor de verslaafden die er dagelijks kwamen, alvorens te ontruimen. Anders zou het probleem zich simpelweg weer verplaatsen. In het voorjaar van 1979 vonden verhitte discussies plaats in de Amsterdamse gemeenteraad. Alle partijen waren verenigd in hun kritiek op het college van B & W, dat te weinig visie had op drugsbeleid, te wifelend optrad in de crisis rond de 'zwerfgroep' en de oplossing ervan overliet aan het particulier initiatief. Op 7 maart presenteerde het college een plan van aanpak.

Slachtoffers van culturele ontworteling

Een belangrijk speerpunt was het versterken van het hulpaanbod, door het subsidiëren van ontwenningprogramma's voor Surinamers. Maar wat te doen met verslaafden die niet gemotiveerd waren om af te kicken, of nog niet terecht konden in een kliniek? De gemeente propageerde het opzetten van slaapvoorzieningen en dagopvang op basis van een spreidingsbeleid. Men dacht aan kleinschalige voorzieningen door de hele stad. De gemeente wilde pertinent geen grote centra meer zoals De Doelen of SOSA, want grootschalig werken zou een tegemoetkoming zijn aan de drughandel, die belang heeft bij de aanwezigheid van grote aantallen mensen op één plek.¹⁶

Naast dit alles zou ook een laagdrempelige verstrekking van vervangende middelen van start moeten gaan, zodat hardnekkige gebruikers methadon (of zelfs heroïne) konden krijgen onder medisch toezicht. De noodzaak om tot dit soort verstrekking over te gaan zou steeds per geval bekeken moeten worden door een arts, benadrukte de gemeente. 'Niemand is er voorstander van, over te gaan tot verstrekking in grootschalige zin', aldus de verantwoordelijke Irene Vorrink.¹⁷ De raad was unaniem van mening dat in de hulpverlening afkicken als doel voorop moest blijven staan. Getracht moest worden, aldus mw. Agtsteribbe van de PSP, om 'de mensen te motiveren om vrijwillig af te kicken'.¹⁸ Mw. Aerts - de Vries van het CDA was groot voorstander van de 'methode van de Stichting Srefidensie, dat wil zeggen het zonder vervangende middelen tot ontwenning komen'. De toediening van vervangende middelen zou alleen in de vorm van een afbouw dosis moeten plaatsvinden, vond haar fractie.¹⁹

Het ideaal van Srefidensie was om verslaafden te laten afkicken en vervolgens te remigreren naar Suriname. Dat zouden veel Surinaamse gebruikers graag willen. Ze voelden zich niet thuis in Nederland. Want, zo schreven medewerkers van Srefidensie verbitterd, in Nederland ontmoetten Surinamers 'grootscheepse discriminatie'.²⁰ Inderdaad waren negatieve gevoelens jegens de nieuwe landgenoten wijdverbreid destijds. Volgens een bevolkingsenquête was veertig procent van de ondervraagden



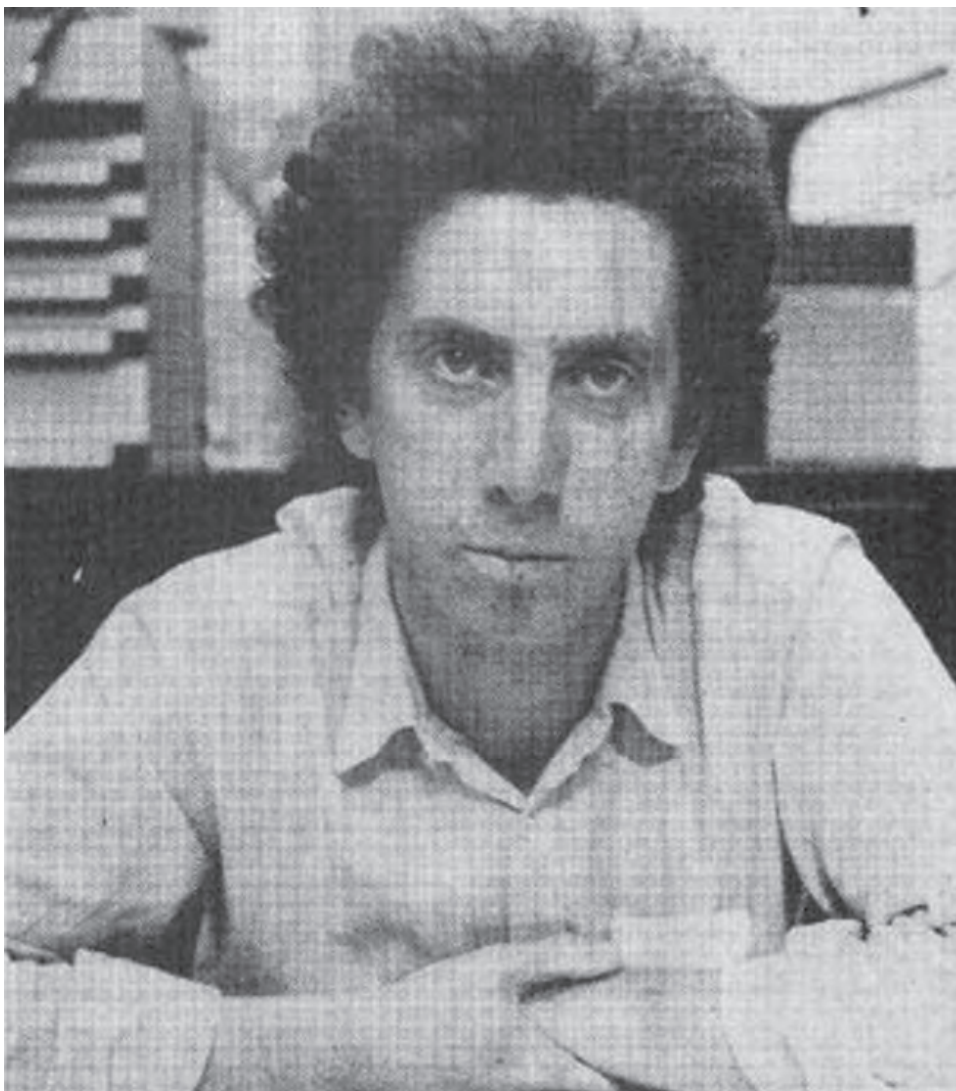
Surinamers protesteren bij het Amsterdamse stadhuis, 1979

gekant tegen de aanwezigheid van Molukkers, Marokkanen, Turken en Surinamers in Nederland. Eén op de drie Nederlanders beschouwde ‘de buitenlanders’ als het grootste maatschappelijke probleem.²¹

In de Amsterdamse gemeenteraad bestond juist veel begrip en sympathie voor de Surinaamse verslaafden. Fractievoorzitter Jo Horn van de PvdA wees op de vicieuze cirkel van ‘discriminatie - segregatie - discriminatie’ waarmee de ‘zwerfgroep’ volgens hem te maken had: ‘Lage waardering leidt tot sociale uitsluiting; sociale uitsluiting leidt tot achterstand. Dit leidt weer tot verdere negatieve waardering’.²² Zijn collega mw. Hoogkamp-Kok (CPN) zag de Surinaamse verslaafden als slachtoffers van ‘culturele ontworteling’. Handelaars in heroïne maakten volgens haar actief jacht op dit soort kwetsbare groepen.²³

Alleen de VVD kwam met de suggestie dat gedwongen afkicken ook een mogelijkheid was, maar vond weinig steun. Wethouder Vorrink dacht dat het weinig zin had ‘iemand die niet gemotiveerd is te laten meedoen aan een ontweningsprogramma’.²⁴ Ook in de gemeenteraad had de VVD geen medestanders.

Het gezaghebbende actualiteitenprogramma *Brandpunt* had net een documentaire uitgezonden over gedwongen afkicken in Singapore en Hongkong. Hier werden junkies afgezonderd in kampen en op eilanden, waar ze met kaalgeschoren hoofden dwangarbeid moesten verrichten.²⁵ Afschuwelijk, gruwden de raadsleden. Verslaafden waren mensen die door een poel van ellende gingen. Zij moesten zelf beslissen, al of niet gestimuleerd door vormen van hulpverlening, of en wanneer zij van hun verslaving af wilden komen.²⁶ Gedwongen afkicken wekte in de jaren zeventig en tachtig bij veel Nederlanders associaties met autoritaire samenlevingsvormen. Zo



Giel van Brussel in *De Waarheid*, 1984

sprak GG & GD-arts Van Brussel met afkeuring over West-Duitsland en Zweden, waar een nauwe samenwerking bestond tussen verslavingszorg en justitie. ‘In deze landen wordt het probleem totalitair, ik zou haast zeggen fascistoïde, aangepakt’, betoogde hij in de communistische krant *De Waarheid*.²⁷

Kortom: een harde aanpak van de zwerfgroep was voor de meerderheid in de Amsterdamse gemeentepolitiek geen optie. Grootschalige opvang was dat ook niet. En dus stelde het college van B & W de bewoners van de hoofdstad voor het blok: de verslaafden werden gespreid over de wijken, waar ze zouden worden opgevangen in ‘café-achtige ruimtes’. Handel zou daar niet mogen plaatsvinden, maar de Surinamers konden hier wel al drugs gebruikend hun dagen doorbrengen. Nu zou de vraag worden beantwoord ‘of Amsterdam wel de tolerante stad is die het pretendeert te zijn’, aldus PvdA-raadslid Horn.²⁸

Een naam die stonk als rotte vis

Vervolgens moest worden bekeken wie het project methadonbus op zich zou nemen. De Jellinek was hiervoor in zeker opzicht de aangewezen instantie. Het was de oudste instelling voor verslavingszorg in de hoofdstad, die al actief was in de behandeling van alcoholisme sinds 1909. Sinds de jaren vijftig kwamen er ook drugsgebruikers bij de Jellinek terecht. Bovendien werkte men hier al sinds 1969 met methadon in de poliklinische behandeling van opiumspuiters.²⁹ In de loop der jaren, toen de heroïne-epidemie losbarstte, werden de regels van de Jellinek ten aanzien van de methadonbehandeling echter strenger. Wie in het methadonprogramma wilde komen, moest beloven dagelijks op tijd zijn methadondrankje te komen opdrinken, zijn urine in te leveren en deel te nemen aan de groepstherapie. Het gebruik van heroïne moest in zes tot acht weken worden afgebouwd. In die tijd moesten cliënten hun levensstijl veranderen en komen tot een ‘zinvolle dagindeling’. Het methadonprogramma van de Jellinek was zeer selectief: in 1978 bijvoorbeeld meldden zich 472 verslaafden ervoor aan, maar liet men slechts 134 van hen toe.³⁰ Overigens was dit een aanpak die ook landelijk werd voorgestaan. Een methadonverstrekking die ‘louter de behoeften bevredigde’ wees ook de Gezondheidsraad destijds principieel af.

Voor het coördineren van de methadonbus voelde de Jellinek dan ook niets. De directeur van de Jellinek, Dees Postma, vond niet dat zijn instelling in opdracht van de staat zelf drugsdealer moest worden.³¹ De methadonbehandeling moest zo hoogdrempelig mogelijk blijven. Deze opstelling stuitte van alle kanten op kritiek. Kamerleden stelden vragen over de vermeende ‘patiëntenstop’ die de Jellinek zou hebben ingesteld. Giel van Brussel herinnert zich uit de gesprekken die hij voerde

met heroïneverslaafden op politiebureaus nog goed hoe impopulair de Jellinek destijds was.

Ik heb nog nooit een instituut gezien dat zo'n slechte naam had bij zijn doelgroep. Door de goot naar het geluk", dat was de kreet daar. Dus die drugs gebruikers gingen massaal de goot in en de Jellinek had onder hen een naam die stonk als rotte vis.

Ernst Buning noemt het behandelaanbod van de Jellinek achteraf 'tamelijk wereldvreemd'. Volgens hem bleek er geen enkel besef uit dat er een enorme explosie van heroïnegebruik gaande was.³²

Zenuwarts Wijnand Mulder, het toenmalige hoofd van de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG & GD en dus ook van het drugsteam, wilde de methadonbus wel op zich nemen. Hij zag het als een gemeentelijke verantwoordelijkheid om iets te doen aan het groeiende harddrugprobleem in het centrum van Amsterdam. Volgens Buning zei Mulder tegen zijn medewerkers: 'Wij als GG & GD zijn verantwoordelijk voor de voortgang van het openbare leven.' Dat Mulder de barrière van de methadonverstrekking nam, had ook te maken met zijn visie op drugsgebruik. Mulder zag verslaving als levensfaseproblematiek. In zijn boek *Verslaving. Druggebruik bij jongeren* (1969) beschreef Mulder de drugsgebruikende jongeren die hij als consulterend psychiater voor de Jellinek ontmoette, als 'artistiek en wetenschappelijk begaafde personen' die door 'lichte neurotische remmingen' werden belemmerd. De jeugd was angstig en verward, vooral in de naoorlogse jaren waarin de Weltschmerz uitzonderlijk hoog was door de nasleep van de Tweede Wereldoorlog, dacht Mulder. Gevoelens van angst en onzekerheid dempten zij met drugs.³³

Uit onderzoek bleek volgens Mulder dat veertig procent van de verslaafden vroeg of laat spontaan genas. Taak van de hulpverlening was volgens hem om deze mensen met zo min mogelijk schade voor zichzelf en hun omgeving door hun fase van intensief drugsgebruik heen te loodsen. In het Jaarverslag van de Drugsafdeling uit 1983 staat dit als uitgangspunt geformuleerd: harddruggebruik was 'slechts een fase in iemands leven'.³⁴ Buning vond dit een overtuigende 'professionele formulering' van het nut van de methadonverstrekking:

Het idee was: OK, we hebben hier mensen die zo dom zijn om drugs te gebruiken, maar dat mag niet een doodsvonnis voor ze zijn. Dus helpen we ze door die fase heen. Dat ze geen enge ziektes oplopen, dat ze niet ondervoed raken, dat ze hun huisvesting nog in stand kunnen houden, niet op straat terecht komen. En dan komen ze op een gegeven moment – hopelijk – tot de conclusie: dat is toch niks, zo'n leven als verslaafde.

Ook paste de methadonverstrekking volgens Mulder goed bij de ‘epidemiologische attitude’ van de GG & GD. Het snel stijgende gebruik van heroïne was een epidemie, vond hij, een ziekte waarvan je de verdere verspreiding moest tegengaan. Al met al was Mulder de juiste man om de afdeling GH van de GG & GD te begeleiden in deze belangrijke nieuwe stap, het opzetten van een systeem voor laagdrempelige methadonverstrekking.

Stuur ze allemaal terug naar Suriname

Voor wethouder Vorrink telden ook idealistische motieven mee. Ze wilde stigmatisering en uitstoting van verslaafden tegengaan.³⁵ Maar de tolerantie waarop ze hoopte, bleef uit. Vorrink en Polak gingen met medewerkers van de GG & GD de wijken in om het nieuwe beleid aan te kondigen en te verdedigen. Van Brussel was aanwezig bij een aantal van deze voorlichtingsbijeenkomsten.

Wij werden afgemaakt in die buurten. Daar zat je dan achter zo’n tafel, met een voorlichter, Vorrink, een paar agenten om de orde te bewaken, en die mensen zagen haar plannen niet zitten. In Amsterdam Zuid liep het volkomen uit de hand, daar was echt een lynch sfeer. Vorrink moest worden afgevoerd met een dienstauto, liggend tussen voor- en achterbank met een regenjas over zich heen. Het was spectaculair.

Burgemeester Polak reageerde met afschuw op de volkswoede. Hij hoorde uitspraken als: ‘Stuur ze allemaal terug naar Suriname’, of: ‘Stop ze in een werkkamp in de nieuwe polders’. Dat soort uitspraken kwam van ‘primitieve zielen’, aldus Polak. Wij hebben hier in Nederland ‘gelukkig geen dictatuur’. Hier kan men ‘mensen ook als ze verslaafd zijn niet zomaar deporteren’.³⁶ Voor Vorrink waren de bijeenkomsten een ‘lijdensweg’, aldus *De Telegraaf*. Ze was duidelijk niet populair in Amsterdam. Als minister van Volksgezondheid was ze medeverantwoordelijk geweest voor de wijziging van de Opiumwet in 1976, die cannabisproducten tot ‘softdrugs’ verklaarde. Haar zoon Koos Zwart, een klassieke hippie met lang zwart haar, spijkerpak en cowboyhoed, was destijds een bekende Nederlander. Hij las op de radio ‘beursberichten’ voor met de weesprijzen van hasj en weed. En nu ging deze *grande dame* van de linkse politiek ten onder aan de problemen rond harddrugs, schreef *De Telegraaf* met nauw verholen leedvermaak. ‘Wat zit je nou te zaniken mens. Dat jouw zoon nou verslaafd is, daar hebben wij niets mee te maken. Wegwezen hier’, kreeg ze van Amsterdammers te horen.³⁷

Andere uitspraken waren ronduit dreigend, zoals een jonge vrouw die over een café-achtige ruimte riep: ‘Het gaat in de fik en ik zal doorgaan tot de laatste steen is



Wethouder Irene Vorrink verdedigt het Amsterdamse drugsbeleid, 1979

gevallen.³⁸ Luid applaus uit de zaal volgde. In augustus 1979 legde Vorrink wegens gezondheidsredenen haar functie als wethouder neer en verliet ze de gemeenteraad. Haar opvolger Wim Polak Emzn voerde het gemeentelijk beleid verder uit. Naast een royale subsidie van ruim drieënhalf miljoen gulden aan Srefidensie in 1979 en in 1980 nog eens het dubbele, voor het opzetten van afkickboerderijen, veldwerk, dagopvang, nazorg en onderwijs,³⁹ kwamen er zes café-achtige ruimtes in de wijken. En een methadonbus ging rijden, speciaal bedoeld voor Surinaamse en Antilliaanse verslaafden.⁴⁰

Een serieuze poging om af te kicken

Vanaf vrijdag 8 juni 1979 konden Amsterdamse heroïnegebruikers de methadonbus bezoeken, reeds elf dagen vóór de sluiting van De Doelen, die overigens zonder problemen verliep. Het busproject was ontwikkeld door de GG & GD in samenwerking met de stichtingen Streetcornerwork, De Regenboog, Srefidensie, Kontaktsentra (van het HUK) en het drugsteam van het Jellinek Centrum. Dit was het begin van de coördinerende rol van de Amsterdamse GG & GD in de hoofdstedelijke methadonverstrekking. Amsterdam had met zijn methadonbus overigens niet de primeur: zowel in Rotterdam als Den Haag bestonden al in 1978 metha-



De methadonbus bij de Mozes- en Aäronkerk, 1981

donbussen. In Amsterdam reed de bus dagelijks rond tussen meerdere locaties: het Centraal Station, Amstelstation, Marnixstraat. Later kwamen er andere locaties bij, die wisselden in de loop der jaren. Het idee was dat een mobiele verstrekking zou voorkomen dat er overlast rond de bus zou ontstaan, met ergernis en mogelijk agressie van buurtbewoners tot gevolg.

Eind oktober 1979 hadden zich al 352 cliënten gemeld op de bus, voornamelijk mannen (261).⁴¹ Begin juni 1981, waren er ruim 1200 intakes gedaan.⁴² Op het bestaan van de bus werden cliënten gewezen als ze wegens een druggerelateerd vergrijp op het politiebureau zaten, of wanneer ze met lichamelijke problemen of een overdosis in het ziekenhuis belandden. Ook daar probeerde de GG & GD drugsgebruikers bij te staan en wees men hen op het bestaan van de bus. Wie op de bus kwam, werd op een voorlopige dosis ingesteld, maar moest dan binnen drie dagen de intake doorlopen hebben. Een verpleegkundige hield een intakegesprek en een arts onderzocht de cliënt op geslachtsziekten, hepatitis en mate van gebruik. Daarna werd de dosering vastgesteld. Verder waren er soms spuitabcessen en huidziekten te behandelen en was een enkele cliënt psychotisch. Aan de bus was ook een consulterend psychiater verbonden en in de dossiers staat soms dat cliënten Haldol (een antipsychoticum) kregen. Vrouwen kregen anticonceptie, zwangere vrouwen konden zich onder begeleiding laten aborteren.

Het merendeel was van Surinaamse afkomst, naast enkele Antillianen en Molukkers. De meesten waren tussen de twintig en dertig jaar oud. Ook liepen er 21 blanke Nederlandse vrouwen op de bus, die getrouwd of samenwonend waren met een niet-blanke gebruiker. Zij hadden eveneens toegang tot het programma. Een

speciale groep waren de verslaafde prostituees, die op verzoek van de polikliniek geslachtsziekten van de GG & GD werden behandeld met methadon. Buning vond dat zij ook een plaats verdienden op de bus, 'aangezien zowel de lichamelijke als de psychische toestand van deze prostituees vaak erbarmelijk is en zij over het algemeen in een "dubbele tang" zitten, nl. van de heroïne en de souteneur'.⁴³



Een verslaafde prostituee drinkt methadon in de bus

Opvallend is dat de methadonverstrekking weliswaar laagdrempelig was, maar dat er op de bus toch een tamelijk afkickgerichte attitude heerste. Dat was ook de wens van de gemeente. Op 20 juni 1979 werd Irene Vorrink door de gemeenteraad aan de tand gevoeld over de inzet van de methadonverstrekking op de bus. Was dit nu onderhoud of afkicken? Volgens Vorrink werden 'thans nog slechts ontwenningdoses methadon [...] verstrekt'.⁴⁴ In de praktijk konden cliënten op de bus, net als bij de Jellinek, zowel terecht in een detoxificatie programma (afbouwschema) of een 'langzaam detoxificatie programma of een onderhoudsprogramma'. Eind augustus zaten 75 cliënten in een detoxificatieprogramma, vijf cliënten waren inmiddels 'clean'.⁴⁵

Eerst drinken, dan hosselen

Tijdens de intake vroeg men cliënten naar hun afkickwensen. De meerderheid gaf te kennen graag van de heroïne af te willen komen. Ze haatten de ‘sleur om heroïne te gaan zoeken’, of ze wilden ‘een normaal leven leiden’. Iemand gaf als reden op dat hij wilde stoppen omdat hij ‘een goede vriend begon op te lichten’. Weer een ander had genoeg van alle problemen met justitie. Natuurlijk bestaat de kans dat cliënten een antwoord gaven waarvan ze dachten dat dit gewenst was. Maar uit hun dossiers blijkt ook dat ze vaak al meerdere pogingen hadden gedaan om te stoppen met de heroïne. Sommigen probeerden het thuis, ‘cold Turkey’ of met behulp van methadon die ze op de zwarte markt hadden gekocht. Anderen waren op een afkickboerderij in Frankrijk geweest of hadden geprobeerd *clean* te worden in een klooster.⁴⁶

Sommige verpleegkundigen op de bus spoorden de cliënten aan om te stoppen met de drugs. De verpleegkundigen wierf de GG & GD deels uit de Surinaamse gemeenschap, omdat men dacht dat dit beter zou aansluiten bij de doelgroep. Ze hadden een opleiding als A-verpleegkundige en vaak geen ervaring in het werken met verslaafden. Marlène Mc Donald was één van hen. ‘De klanten vonden me lastig’, aldus Mc Donald, ‘want van mij moesten ze afkicken. “Oh jee, zit zij vandaag weer op de bus!”, zeiden ze dan tegen elkaar. “Ik kom wel weer terug als zij er niet is!” (lacht)’. Het mededogen dat Mc Donald voelde voor haar verslaafde landgenoten, ging al snel gepaard met ergernis. Ze vond hen vaak brutaal en onbeleefd. Mc Donald:

Hoe ze soms aan het praten waren tegen de blanken, de artsen. Dan zei ik tegen ze in het Surinaams: ‘Je geeft me schande. Zo kan ik hier niet blijven werken als jullie zo doen’. Dan waren ze tegen mij wel deemoedig hoor. Sorry, sorry, zeiden ze dan. Want je zei het in hun eigen taal. Daar hadden ze nog wel ontzag voor.

Mc Donald zag verslaving ook niet als ziekte, vertelde ze terugkijkend:

Je hebt niks, je begint te gebruiken, en dan kun je niet meer zonder. Dat is geen ziekte. Als je AIDS hebt, dan ben je ziek. Nee, daar moeten ze bij mij niet mee komen met ziekte. Ze hebben trek in hun dingen en dan gaan ze het doen. Lust. Dat is het meer.

Volgens Buning en Van Brussel kwam de wens om af te kicken vooral van de zijde van de cliënten. Zijzelf vonden het een complicerende factor van het werken op de bus. ‘De consequentie van een laagdrempelig methadonprogramma is immers het

in principe accepteren van heroïne-bijgebruik bij de methadon-dosering', schreven ze in een notitie. 'Het bleek echter dat vele cliënten een serieuze poging deden met behulp van methadon af te kicken'. De vermenging van klanten die naast de methadon heroïne bleven gebruiken en anderen die *clean* wilden worden, was 'een lastig te hanteren gegeven'.

Dagelijks kwamen ongeveer honderd mensen hun drankje halen, maar ze kwamen lang niet allemaal regelmatig op de bus. Sommigen kwamen een paar keer, om vervolgens weer uit beeld te verdwijnen. Anderen kwamen alleen in moeilijke perioden. Een flink deel bezocht de bus als ze geen middelen hadden om heroïne te kopen.⁴⁷ Mc Donald: 'Hadden ze even geen energie om te hosselen, dan kwamen ze bij ons methadon drinken. En dan gingen ze gewoon wat later hosselen.'

Methadon als brood, crack als beleg

Mogelijk trok deze eerste methadonbus dus ten dele gebruikers bij wie een 'normaal' leven nog enigszins in zicht was, suggereren de dossiers uit de steekproef die voor dit hoofdstuk is bekeken.⁴⁸ Cliënten bijvoorbeeld die kinderen hadden of een niet-gebruikende partner, die beschikten over een eigen woning en hoopten dat er misschien nog een weg terug was uit de verslaving. Bij de meeste cliënten waren de levens nog niet compleet van de rails geraakt. Ze woonden samen met hun echtgenoot of partner, met of zonder kinderen. Bij de overige cliënten was het leven wel in een verder gevorderd stadium van ontsporing; zij waren hun huis kwijtgeraakt of hadden nooit een eigen woning gehad. Sommigen woonden in bij familie of kennissen. Eén cliënt woonde samen met een andere gebruiker in een 'smerig hok', een ander in een huis waar werd gebruikt en gedeald. Een minderheid van de eerste groep buscliënten was dakloos. Daarnaast bevestigt de steekproef dat een aanzienlijk deel van deze eerste lichting methadoncliënten naast heroïne ook cocaïne gebruikte. Uit andere rapportages blijkt ook dat bijna de helft van de cliënten van de eerste methadonbus naast heroïne ook cocaïne gebruikte.⁴⁹

De basecokes ofwel 'crack' had zijn intrede gedaan in Nederland. Van Brussel stelde het fenomeen in 1982 aan de orde tijdens een symposium over drugsbeleid. Het 'basen', constateerde hij, was een gebruikerstechniek die sinds enige tijd in de hoofdstad te zien was en die 'rampzalig' uitpakte voor degenen die het deden. 'Je ziet die mensen al na enige weken er minder fris bijlopen', stelde hij. Misschien was cocaïne zelfs wel lichamelijk schadelijker dan heroïne. De zaal vroeg wat dat 'basen' eigenlijk was en kreeg uitgelegd, dat de cocaïne eerst werd ingekookt en in de ijskast gestopt; 'in die vloeistof komen een aantal klontjes, dat is dan vrij zuivere cocaïne'. Die klontjes werden vervolgens gemengd met sterke alcohol, verhit en geïnhaleerd,

bijvoorbeeld via een waterpijp.⁵⁰ Het fenomeen was destijds nog relatief onbekend in ons land. De gemeente signaleerde het fenomeen in 1984 ook als zorgelijk. Met name onder Surinaamse gebruikers was het cocaïne-basen in opmars.⁵¹

Inmiddels is bekend dat de werking van ‘crack’ veel sneller en heviger is dan die van gewone cocaïne. De effecten starten al na luttele seconden en het effect duurt maximaal enkele minuten. Direct na het roken van basecokes voelt de gebruiker zich intens gelukkig, maar dit verandert snel in een gevoel van irritatie en onbehagen. Deskundigen spreken van de ‘flash’ en de ‘crash’, die de gebruiker aanzet tot voortdurend gebruik. In de dossiers van de methadoncliënten die voor dit hoofdstuk zijn bekeken, was er ook één van een man die al in 1980 cocaïne base rookte. ‘Based elke dag’, schreven hulpverleners in zijn dossier, ‘had twee dagen geleden pijn op de borst en koorts. Als cliënt spuwt, komt er geel groenachtig slijm uit’.⁵²

Het is dus mogelijk dat de eerste methadonbus voor een deel cliënten trok die naast heroïne ook (geestelijk) verslaafd waren aan cocaïne. Met dit dure gebruikerspatroon waren gratis drugs wellicht extra welkom. Een cynische conclusie is dat de methadonverstrekking cliënten niet alleen in staat stelde hun bestaan als heroïneverslaafde beter vol te houden, maar ook om meer cocaïne bij te gebruiken. Zoals een methadoncliënt het verwoordde: “Voor veel verslaafden was methadon het brood; het beleg scoorden we er zelf bij”.⁵³

Omdat Buning en Van Brussel er vanuit gingen dat veel cliënten zouden blijven bijgebruiken, verstrekten zij de methadon in betrekkelijk lage doses. De Amerikaanse pioniers van de methadononderhoudsbehandeling, Vincent Dole en Marie Nyswander, raadden een dosis aan tussen de tachtig en honderd mg per dag, of nog hoger indien nodig, omdat bij hoge doses het euforische effect (de ‘flash’) van heroïne zou worden geblokkeerd. Op de Amsterdamse methadonbus varieerde de aanvangsdosering van vijf tot 75 mg per persoon per dag. Vervolgens kregen de meesten tussen de twintig en vijftig mg. Onderzoek had volgens Buning en Van Brussel uitgewezen dat gebruikers ook bij hogere dosering bleven bijgebruiken. Bovendien was methadon niet ongevaarlijk, vonden zij, zeker in combinatie met alcohol of andere drugs.

Nu écht gemotiveerd tot een beter leven

Volgens de hulpverleners van de GG & GD was het effect van methadontherapie ‘eerder afhankelijk van een goede psychosociale begeleiding, dan van een gigantisch hoge dosering methadon’. Mulder schreef in 1979 dat de methadonbus weliswaar goed functioneerde als ‘onderdeel van de maatregelen tot crisisbeheersing’, maar dat de sociale problematiek die de cliënten dreef tot drugsgebruik daarmee niet was

opgelost. Die sociale begeleiding van de methadoncliënten was in handen van een maatschappelijk werker van de GG & GD alsmede van veldwerkers van De Regenboog, Streetcornerwork en Tjandu (een Molukse hulporganisatie). Men regelde voor de cliënten bijvoorbeeld een ziektekostenverzekering, huisvesting via het Gemeentelijk Woningbedrijf, een uitkering via de Sociale Dienst of schuldhulpverlening.

Soms ging men in de geboden hulp verder. Voor een cliënt die in Flevoland woonde maar daar niet kon aarden regelde men niet alleen een nieuwe woning in Amsterdam, ook hielp men hem en zijn gezin met de verhuizing. Toen de man een straf moest uitzitten wegens een drugsvergrijp, schreef een maatschappelijk werker van de GG & GD een brief aan de gevangenisdirecteur of de straf niet verkort kon worden. Want zijn cliënt kon eindelijk terecht in een therapeutische gemeenschap, waar een lange wachtlijst voor bestond, en was nu écht gemotiveerd om zijn leven te beteren. In een ander geval schreef een maatschappelijk werker aan de officier van Justitie om een boete voor tippelen van een cliënte ingetrokken te krijgen. Het ging nu net zo goed met haar. Ze gebruikte alleen nog methadon en de forse boete confronteerde haar 'op een zeer onaangename wijze' met haar verleden.

De betrokkenheid bij cliënten was groot. In deze pioniersdagen bestond bij sommige hulpverleners duidelijk de hoop, dat ze cliënten konden redden van het junkiebestaan. Ze gingen gebruikersplekken langs om te proberen mensen over te halen in de methadonverstrekking te komen. Marlène Mc Donald vertelt: 'Ik wilde hen helpen. Daarom leek het me ook leuk werk om te doen'. In het begin gaven zij en haar collega's hongerige busklanten soms een paar gulden, als ze niets te eten hadden. Later deden ze dat niet meer. Met een paar maatschappelijk werkers probeerde Mc Donald begin jaren tachtig bovendien een project begeleid wonen op touw te zetten. Pannen, potten, een televisietoestel en gasfornuis, alles kochten ze van het Waterlooplein. Maar 'binnen de kortste keren verkochten ze alles en werden de huizen drugsholen.'

Ook de sfeer op de bus was goed, vertelt Steef Meyknecht, destijds student antropologie. Hij werkte in het weekend op de bus als chauffeur, als bijbaantje. 'We hadden veel contact met de klanten', herinnert hij zich. Als we ergens stonden, ging ik altijd achterin zitten in de wachtruimte.' Hij had wel te doen met de Surinaamse cliënten. Meyknecht: 'Het was natuurlijk niet hun bedoeling geweest toen ze migreerden dat ze verslaafde busklanten zouden worden.' Vaak waren ze ongemerkt verslaafd geraakt, maakte hij op uit hun verhalen. 'De Surinamers zagen heroïne in het begin niet als gevaarlijker dan hasjiesj. Pas later kwamen ze er achter dat ze verslaafd waren, als ze afkickverschijnselen kregen.' Meyknecht, zelf actief als fotograaf en later als documentairemaker, organiseerde een fotocursus voor cliënten





en schoot een indrukwekkende serie foto's van de mensen die in 1979 en 1980 op de methadonbus kwamen.

Als cliënten kinderen hadden, probeerde men het gezin zoveel mogelijk te ondersteunen zodat de kinderen thuis konden blijven wonen. Kinderen kwamen soms ook met hun ouders mee naar de bus. Dat was een heikel thema; het was niet de bedoeling dat er kinderen op de bus kwamen, maar het gebeurde soms wel. De hulpverleners discussieerden ook over de vraag: kinderen die bij verslaafden ouders woonden, was dat menselijk of onverantwoord? De insteek destijds was om ouders en kinderen zoveel mogelijk bij elkaar te houden, vertelde GG & GD-arts Gerrit van Santen. Ook een verslaafde heeft recht op een leven, vond men. Daarbij was het ook voor de kinderen beter om bij hun eigen ouders te zijn, als die nog in staat waren voor hen te zorgen.⁵⁴ Toch kon dit beleid ook tot tragische situaties leiden, blijkt uit de dossiers. Bij een gebruikend paar met kinderen had de jongste de methadonvoorraad van de ouders aangezien als snoepvoorraad. Het kind belandde met ernstige neurologische schade in het ziekenhuis.⁵⁵

Het lijkt er wel op dat de sfeer rond de methadonbus grimmiger werd in de loop van de jaren. De agressie nam toe, al was die er natuurlijk altijd wel geweest. Marlène Mc Donald vertelt: ‘Ik heb zoveel messen van cliënten afgepakt. Die zaten in hun broek, ik pakte ze gewoon uit hun zakken. “Geen messen hier”, zei ik dan. “Daar kun je alleen maar slechte dingen mee van plan zijn”. Er gingen ook weleens stenen door de ruiten van de bus, of mensen sprongen over de balie heen om de methadon te pakken. In juni 1981 werd de methadonbus bovendien overvallen. Twee personenbusjes kwamen naar de bus toe rijden. In de chauffeurs herkende men twee medewerkers van Stichting Srefidensie. Ze gingen de bus op, bedreigden het personeel en verdwenen weer met honderd doseringen methadon. Giel van Brussel, inmiddels hoofd van de drugsafdeling van de GG & GD, was boos: op het stadhuis was men op de hoogte van de dreiging van dit incident en er zou voor politiebescherming gezorgd worden, die echter niet was gekomen.⁵⁶

‘Amsterdam gaat heroïne met methadon uitbannen’

Aldus kopte *Het Vrije Volk* op 17 oktober 1981. Dit jaar vond een belangrijke ommekeer plaats: Amsterdam stapte over op een drugsbeleid waarin minder werd overgelaten aan het particulier initiatief. Het beleid uit de jaren zeventig was mislukt, gaf wethouder Polak Emzn toe. In de ‘café-achtige ruimtes’ bloeide de drugshandel, net als in het HUK. Met hulpverlening had dit niets meer te maken, vond hij. Een paar cafés werden bovendien nauwelijks gebruikt, terwijl andere vele verslaafden trokken want daar hielden de handelaren zich op. Twee cafés waren onder mysterieuze

omstandigheden uitgebrand, waarbij in één geval enkele bezoekers met brandwonden in Beverwijk moesten worden opgenomen. Brandstichting werd sterk vermoed. Ook de ontwenningscentra van Srefidensie waren geen succes geworden; de hulporganisatie, die ook betrokken was bij het beheer van de cafés, was in 1981 failliet verklaard. De gemeente constateerde een tekort van vijf miljoen bij de organisatie. Achteraf zei Van Brussel hierover: 'We deden zaken met dealers. Geef een crimineel geld en je ziet het nooit meer. We zijn nog met een bus naar zo'n afkickkliniek geweest, die ons in vol bedrijf leek. Voor die ene dag geregeld, bleek later.'⁵⁷

Het HUK werd gesloten, net als de heroïnecafé's. In plaats daarvan werd een uitgebreid stelsel van methadonverstrekking opgetuigd. Er kwam een extra bus, die ook open stond voor autochtone gebruikers. Er kwamen vier wijkposten in Oost, West, Centrum en Zuid, waar methadon zou worden verstrekt aan de beter gereguleerde cliënten. Ook in de keurige Van Baerlestraat kwam een wijkpost. Van Brussel: 'De dames van de brasserie ernaast vroegen: Goh, wat komt hier? Een drugspost, zeiden wij. 's Avonds gooide chic Zuid stenen door de ruiten. We hebben lexaan in de ramen gezet, van dat kunststof dat de stenen teruggooit, en zijn er gaan zitten.'⁵⁸

De bussen en posten samen waren goed voor zo'n duizend verstrekkingen per dag. De posten werden bemand door personeel van verschillende instanties: de Jellinek, Stichting de Regenboog en Streetcornerwork. De medische coördinatie lag bij artsen en verpleegkundigen van de GG & GD. Ook in de Stichting Vervangende Middelen hadden alle betrokken partijen zitting, van de Jellinek tot en met de belangenorganisatie voor 'intensieve drugsgebruikers' MDHG (Medische Dienst Heroïnegebruikers). Voor de voormalige HUK populatie en andere cliënten met gedragsproblemen kwam een aparte methadonpost voor 'extreem problematische drugsgebruikers'. Het centrale idee achter het methadoncircuit was het bieden van veelzijdige en flexibele hulpverlening: een cliënt zal in de loop van zijn gebruikerscarrière niet steeds dezelfde soort hulp nodig hebben, was het idee, dus hij moest makkelijk kunnen 'doorstromen' binnen het circuit.

Zo plaatste de gemeente in 1981 de methadonverstrekking in het hart van het Amsterdamse drugsbeleid. De centrale rol in het nieuw op te zetten methadoncircuit was weggelegd voor de GG & GD. Deze organisatie beheerde de registratie van alle Amsterdamse methadoncliënten en verstreekte de meeste methadon. Het aantal Amsterdamse verslaafden dat methadon ontving steeg aanzienlijk, van 1466 in 1981 tot 3887 in 1984.⁵⁹ De gerichtheid op ontwenning verminderde ondertussen. In 1984 schreef de gemeente Amsterdam in de Nota Harddrugs:

Aanvankelijk richtte de hulpverlening zich vooral op ontwenning en het terugleiden van de verslaafde naar de samenleving. Toen bleek, dat dit te hoog gegrepen was, werd het accent verlegd in de richting van verbetering van het maatschappelijk en lichamelijk functioneren van harddrugverslaafden.

Op de intakeformulieren voor de methadonbehandeling verdween na 1981 de vraag naar de afkickwensen en –geschiedenis. Steeds explicieter werd schadebeperking de focus van de GG & GD. Zorg en overlastbestrijding konden goed samengaan, betoogde directeur Henk Rengeling in 1984. Hij pleitte ervoor om bij gebruikers die niet konden stoppen met gebruik, de hulpverlening te richten op de beperking van de lichamelijke, geestelijke en sociale schade die hun verslaving met zich meebracht. Maar het doel van medisch handelen mocht niet ondergeschikt gemaakt worden aan het handhaven van de openbare orde, vond hij.⁶⁰

Artsen tot voorschrijven verleiden

Ook het particulier initiatief bleef van groot belang in de ontwikkeling van de *harm reduction* aanpak. Zo ontstond de spuitenruil – de mogelijkheid voor gebruikers om gebruikte spuiten te ruilen voor schone, om de verspreiding van infectieziekten als hepatitis en abcessen te voorkomen – niet vanuit de gemeente, maar van ‘onderop’. Apotheek van de Meulen op de Gelderse Kade, vlakbij de Zeedijk, verkocht al langere tijd op grote schaal spuiten aan heroïnegebruikers. In 1982, op het hoogtepunt van de ‘epidemie’ van heroïnegebruik, stopte men hiermee. De vraag en hiermee de druk op de apotheek werd te groot. De MDHG nam het over en begon met een systematisch omruilsysteem, bedacht door een gebruiker. Wie een spuit inleverde, kreeg gratis een schone terug. Wie niets inleverde, betaalde vijftig cent.⁶¹

De GG & GD werkte mee aan de afvoer van vieze spuiten, maar hield zich verder teveel afzijdig, vond de MDHG. Binnen de GG & GD leefde ondertussen bezorgdheid: zou een grootschalig aanbod van schone spuiten niet gaan zorgen voor een toename van gebruikte spuiten op straat? Ook op het stadhuis heerste scepsis, aldus Van Brussel: ‘Beleidsmakers vonden het uitdelen van schone spuiten maar verwennerij.’⁶² Toen de aids-epidemie om zich heen greep, was het pleit echter snel beslecht. Na 1986 werd spuitenruil op de methadonbussen mogelijk en in de jaren daarop breidde men het systeem uit, onder meer met spuitenruilautomaten op strategische plekken in de stad. Daar konden gebruikers dag en nacht een gebruikte spuit invoeren, waarna een schone kon worden uitgenomen. In 1992 werden ruim een miljoen spuiten verstrekt in Amsterdam.⁶³



Sputenruil op de methadonbus, 1989

Wat deze nieuwe koers van schadebeperking betrof, zat Amsterdam niet altijd op één lijn met de overheid. In maart 1981 stuurde het Staatstoezicht op de Volksgezondheid een brief aan alle artsen in Nederland, waarin richtlijnen stonden voor de ambulante behandeling van verslaafden in de huisartsenpraktijk. Een arts mocht alleen methadon geven als deze dagelijks en in vloeibare vorm zou worden verstrekt. Er moest een samenwerkingsverband zijn met een instelling voor verslavingszorg, controle op het bijgebruik van andere drugs en deelname aan een centrale methadonregistratie.

De brief wekte veel consternatie in Amsterdam. Binnen korte tijd zaten alle betrokkenen bij de drugshulpverlening in de hoofdstad om tafel, waaronder de Jellinek, de GG & GD, de MDHG en de stichting Streetcornerwork. Zowel wethouder Polak Emzn als Rengeling van de GG & GD waren bang dat huisartsen door de brief zouden worden afgeschrikt en patiënten niet langer methadon zouden willen voorschrijven. Dit doorkruiste het streven van Amsterdam om juist meer artsen ertoe te verleiden om methadon te verstrekken. Met deze richtlijnen zou dat

moeilijk worden: een dagelijkse verstrekking zou immers te belastend zijn voor hun praktijk. Op dat moment waren er veertien artsen in Amsterdam die naar schatting aan ongeveer 450 mensen methadon verstrekten. Polak Emzn schreef een brief op poten aan het Staatstoezicht. Hij legde uit dat Amsterdam juist streefde naar een buurtgerichte hulpverlening. Hij vond het daarom jammer dat het Staatstoezicht betrokkenheid van huisartsen leek te ontmoedigen. Rengeling stuurde een brief aan alle Amsterdamse artsen waarin hij benadrukte dat de hoofdstedelijke instellingen voor verslavingszorg het niet eens waren met het Staatstoezicht. Ook huisartsen konden een taak hebben in de methadonverstrekking.⁶⁴

In samenwerking met Streetcornerwork en de MDHG ging de GG & GD verstreckende huisartsen steunen, door bij hen op bezoek te gaan en advies te geven. Ze boden ook een 24-uurs vangnet aan mocht er sprake zijn van een terugval. Steeds meer huisartsen durfden het aan om methadon te verstrekken. In 1995 behandelden 151 Amsterdamse huisartsen opiaatverslaafden met methadon. Samen schreven zij voor aan 747 personen. Ook de overheid stelde langzaam haar standpunt bij. In 1983 schreef staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur J.P. van der Reijden dat er meer ruimte moest komen voor hulpverlening die zich niet richtte op het doorbreken van de verslaving, maar op verbetering van het maatschappelijk en lichamelijk functioneren van de verslaafde.⁶⁵

Toch was er begin jaren tachtig nog veel kritiek op de methadonverstrekking. Tijdens een debat in de Tweede Kamer over het drugsbeleid noemden kamerleden van CDA en VVD de methadon bijvoorbeeld een vorm van ‘schijnhulp’, omdat de meeste verslaafden bleven bijgebruiken en hun levensstijl niet veranderden. Ook was men beducht voor de aanzuigende werking van de grootschalige methadonverstrekking.⁶⁶ De aidsepidemie speelde in de loop van de jaren tachtig een cruciale rol in versteviging van de positie van de methadonverstrekking, in Nederland en elders. De alom gevoelde noodzaak deze epidemie te bestrijden, die naast homoseksuelen ook veel injecterende heroïneverslaafden trof, zorgde ervoor dat controversiële maatregelen als spuitenruil en methadonverstrekking makkelijker geaccepteerd werden.⁶⁷ Bovendien, merkt Van Brussel op, was het onmogelijk om een heroïneverslaafde die leed aan AIDS, zonder methadon te verzorgen in een ziekenhuis of instelling voor maatschappelijke opvang.⁶⁸

Geen tabletten voor het familieweekend

Inmiddels is methadon een uitgebreid onderzocht medicijn. Studies hebben laten zien dat methadon een gunstig effect heeft op het criminele gedrag van druggebruikers. Het gebruik van illegale opiaten daalt door methadonverstrekking, inmiddels

integraal onderdeel van de *harm reduction* benadering van drugsgebruikers in veel westerse landen. Maar hoe moeten we deze behandeling in morele zin waarderen? Hierover wordt nog altijd gediscussieerd.

Kritische wetenschappers, vaak geïnspireerd door de Franse filosoof Michel Foucault, hebben de methadonverstrekking beschreven als een 'power game' en een vorm van disciplinerende van afwijkende burgers.⁶⁹ De methadon zou vooral bedoeld zijn om mensen die geen beheerst, productief en sober leven wensen te leiden, suf en dociel te houden. De onderhoudsbehandeling zou ook een stigmatiserend effect hebben. Cliënten ervaren het als vernederend om in de rij te staan voor de verstrekking of steeds te moeten onderhandelen met hulpverleners over de hoeveelheden methadon, de tijdstippen waarop ze deze moeten halen en innemen, de urinecontroles en de vraag of ze de methadon in pilvorm mee naar huis mochten krijgen. De strenge regels van de methadonverstrekking werken hun resocialisatie tegen, vinden ze.

Om heel andere redenen wijst de omstreden Britse psychiater Theodore Dalrymple de methadonverstrekking af. Hij vindt het een beloning voor slecht gedrag. 'Als aan genotzuchtige handelingen, zoals het gebruiken van heroïne, de ergste consequenties worden ontnomen, is het bepaald geen wonder dat ze zich razendsnel onder een bevolking verspreiden', schrijft hij in zijn boek *Drugs. De mythes en de leugens* (2006). De behandeling met methadon heeft volgens Dalrymple als resultaat dat de heroïnegebruiker wordt 'geïnfantiliseerd en behandeld alsof hij niet verantwoordelijk is voor zijn eigen daden'.⁷⁰

De cliëntendossiers bevestigen het beeld van de methadonverstrekking als 'power game'. Ze tonen een constante strijd om de macht tussen hulpverlener en cliënt. In de loop van de jaren tachtig nam het regulerende gehalte van de verstrekking toe. Binnen het methadonverstrekking circuit dat na 1981 ontstond, waren meer mogelijkheden voorhanden voor de hulpverleners om het gedrag van de cliënten te reguleren. Er kon een beloning worden toegekend aan 'goed' gedrag: geen bijgebruik, een coöperatieve houding jegens hulpverleners, een zekere mate van zelfverzorging en het onderhouden van een net huis, zorgen voor partner en gezin indien aanwezig en eventueel zelfs werk of studie. De beloning bestond eruit dat mensen niet meer dagelijks hun methadondrank op de bus hoefden te komen 'drinken' maar op een wijkpost gingen lopen, waar de mogelijkheid bestond om pillen mee naar huis te krijgen voor enkele dagen of zelfs een week, en bij vakanties nog langer.

Wie werkte, studeerde of zorgtaken had, kon bovendien in de avondverstrekking. Cliënten die al langere tijd goed gereguleerd waren – ze moesten dan een woning hebben, verzekerd zijn via het ziekenfonds, afspraken goed kunnen nakomen, heroïnevrij zijn, en werken – verwees men door naar de huisarts.⁷¹ Dat was

voor veel cliënten de meest prettige situatie. Niet alleen zat de huisarts vaak dicht bij huis, niemand kon ook aan je zien waarvoor je kwam.⁷² Bij ongewenst gedrag volgde het omgekeerde traject. Bijgebruik, agressie, oncoöperatief gedrag, liegen en bedriegen, werd bestraft door mensen weer terug te zetten naar de bus. Wie zich daar niet goed gedroeg, kon worden gestraft door hem of haar geen tabletten mee te geven voor een familieweekend of vakantie.

Cliënten gingen vaak van bus naar wijkpost en weer terug. Typische uitkomsten van cliëntbesprekingen waren: ‘Naar bus sturen’, ‘Mag op wijkpost lopen’, of ‘Geen verdere uitzonderingssituatie. Geen pillen meer mee!’. Of: ‘Mag een paar tabletten mee als hij 1. Met de maatschappelijk werker iets afsprekt 2. Na urinecontrole. Anders bus!!’⁷³. Een cliënt die niet wilde meewerken aan medisch onderzoek kon hiervoor ook worden aangepakt. Over iemand die zijn jaarlijkse thoraxfoto nog niet had laten maken, schreef men: ‘Gaaf morgen, weet dat als hij niet gaat, hij geen methadon meer krijgt’.⁷⁴ Een ander strijdpunt tussen hulpverleners en cliënten waren de tijden van de methadonbus. Had de eerste bus nog een grote wachtruimte, in de tweede was de wachtruimte kleiner en in de derde bus was er geen wachtruimte meer. In toenemende mate moesten cliënten dus buiten wachten op hun methadon.

Belangenvereniging MDHG ergerde zich groen en geel aan het ‘machtsmisbruik’ door het personeel van de methadonbus. De bus kwam zelf geregeld te laat, maar als cliënten te laat waren dan reed de bus voor hun neus weg. Een gebruiker beschreef de methadonverstrekking als ‘junk-onterend’. De ‘treurige rij stakkers’ die op een ‘bij voorkeur winderig plein of tochtige hoek op de methadonbus staan te wachten’, riep bij hem beelden op van gaarkeukens en de hongerwinter. Verpleegkundige Marlène Mc Donald bevestigt dat het te laat komen van de bus een strijdpunt was. ‘Zij kwamen natuurlijk nooit laat. Nee, wij gingen altijd te vroeg weg.’ De strijd bleef niet beperkt tot Amsterdam. In heel Nederland reden inmiddels methadonbussen. Het fenomeen leidde zelfs tot de nummer 1 hit uit 1995 van het duo Höllenboer, ‘Busje komt zo (eventjes geduld nog...)’.

Een spel zonder winnaar

Het effect van de disciplinerende maatregelen was echter beperkt. Het basisprincipe van de laagdrempelige methadonverstrekking, vonden Buning en Van Brussel, was immers dat aan cliënten weinig eisen werden gesteld. Het uitgangspunt was ‘zolang mogelijk het contact met de cliënt te handhaven, ook al gaat het slecht’. Methadonverstrekking, schreef ook Marian Commandeur, als maatschappelijk werker van de Jellinek werkzaam op de wijkpost-Oost, was in de eerste plaats ‘een ingang voor

hulpverlening.’ Zij zag het als mogelijkheid om ‘met verslaafden in contact te komen en hulp te bieden op medisch, maatschappelijk en psychosociaal gebied’.⁷⁵

Vanuit die wens in contact te blijven met cliënten lieten hulpverleners hen steeds weer terugkeren op de bus of wijkpost, zeker als ze een gezin hadden of werkten. Ze kregen vaak het voordeel van de twijfel, bijvoorbeeld in het geval van een man die op een wijkpost liep. Over hem schreven de hulpverleners: ‘Onderneemt géén stappen, komt ook niet op afspraken. Inmiddels zijn z’n vriendin en kind ziek geworden en overweegt hij z’n baantje maar op te geven. Voorstel hem tot de 28e de tijd te geven anders toch uit wijkpostverstrekking naar de methadonbus’. En zo werd er veel onderhandeld met cliënten. In een ander dossier stond: ‘Wil niet op bus. Nog 1 week wijkpost proberen.’⁷⁶ Slechts in uiterste consequentie schorste men soms voor enkele weken of maanden een cliënt, wegens sjoemelen of in verband met gebleken dubbelverstrekkingen. Maar na een tijdje mochten ook deze klanten weer komen voor een herintake.

Inderdaad was methadon inzet van een machtsspel tussen hulpverlener en cliënt, maar het is de vraag wie de winnaar was in dit spel en vooral, óf er wel een winnaar was. Wat vooral treft in de dossiers is de machteloosheid van zowel hulpverleners als cliënten. Op korte termijn hebben hulpverleners natuurlijk de macht om wel of geen tabletten mee te geven, of mensen naar de bus te sturen. Op de langere termijn lag de macht veeleer bij de cliënten – of wellicht beter gezegd, bij hun verslaving. Die domineert uiteindelijk het spel. De hulpverlening kan in feite weinig meer dan volgen en proberen bij te sturen. Een duidelijke winnaar komt er niet uit de power game. Er lijkt meer sprake van een constant onderhandelen, soms eindigend in een win-win situatie voor beide partijen.

Als voorbeeld het verhaal van een cliënt, voor nu Romeo genoemd, waarmee men jarenlang het hierboven geschetste getouwtrek had doorlopen. Uiteindelijk stabiliseerde hij medio jaren negentig op vijftig mg methadon. Hij gebruikte geregeld cocaïne, heroïne en valium bij, maar kon dit betalen van zijn uitkering. Afgezien van kleine infecties was zijn gezondheid goed. Hij woonde samen met een medegebruiker, ging af en toe naar een prostituee en kreeg dan van de GG en GD voorzichtigheidshalve een condoom mee.⁷⁷ Dalrymple zou het waarschijnlijk een geval van verregaande verwennerij vinden. Romeo had het goed voor elkaar: hulpverleners faciliteerden zijn gebruik van drugs en zijn prostitueebezoek. Dit verwennen had echter een gunstig effect voor cliënt en samenleving. Bij Romeo was geen sprake van de verloedering waaraan hij mogelijk ten prooi was gevallen zonder contact met de hulpverlening. Hij zou bovendien geen geslachtsziektes verspreiden en bezorgde de samenleving evenmin overlast in de vorm van criminaliteit.

De theorieën over de disciplineren van verslaafden via de methadon laten bovendien de houding van de hulpverleners teveel buiten beschouwing. Zij waren zelf óók bezig met de vraag, of ze niet teveel een instrument van de openbare ordebewaking werden. In een notitie over het methadonverstrekkingcircuit schreven de betrokkenen: ‘Is het in ethisch opzicht te rechtvaardigen dat de Staat mensen, die de openbare orde in gevaar brengen, met behulp van een opiaat i.c. methadon rustig houdt?’⁷⁸ Psychosociale begeleiding was essentieel in de methadonverstrekking, concludeerde men als antwoord op dit morele dilemma.

Als het streven naar openbare orde de psychosociale hulp in de weg ging zitten, protesteerde men dan ook. Toen veldwerkers van Stichting de Regenboog in 1984 acuut in het centrum werden ingezet, om daar activiteiten te ontplooiën toen de politie de Zeedijk weer eens probeerde schoon te vegen, schreef de GG & GD een boze brief aan wethouder Volksgezondheid Tineke van den Klinkenberg. Het Stadhuis verzuumde te overleggen met de hulpverlening, was het verwijt. De relatie tussen GG & GD en gemeente was niet altijd koek en ei. Er was een voortdurend spanningsveld tussen deze partijen, waarbij de gemeente vaak prioriteit legde bij de handhaving van de openbare orde, terwijl de GG & GD het belang van goede zorg benadrukte.⁷⁹

‘Dutch approach’

In de jaren negentig van de vorige eeuw waren Nederlandse politici en beleidsmakers trots en tevreden. De heroïne-epidemie waarmee ons land te kampen had na 1972 leek onder controle. Er kwamen weinig jonge verslaafden bij. De gemiddelde leeftijd van de Amsterdamse heroïnegebruiker was gestegen van 26,8 jaar in 1981 tot 36,2 jaar medio jaren negentig. Mogelijk droeg de laagdrempelige methadonverstrekking hieraan bij. De aanblik van de verslaafden rond de bussen gaf opiaatgebruik bepaald geen sexy imago. Zoals Giel van Brussel het ooit uitdrukte: ‘Heroïne is voor de schlemiel, voor de zielepoot die bij de GG & GD loopt’.⁸⁰ Ook de slachtoffers namen af. In 1984, op de piek van de epidemie, waren er in de hoofdstad 74 drugsdoden te betreuren geweest, medio jaren negentig waren dit er nog ‘slechts’ 32. Ook was het aantal HIV infecties onder verslaafden gestabiliseerd.⁸¹ Volgens topambtenaar Eddy Engelsman, werkzaam op het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, was de *harm-reduction* aanpak een uiting van de Nederlandse historische en culturele identiteit. Nederlanders waren nu eenmaal een ‘sober en pragmatisch’ volk. Daarom kozen ze voor een realistische en praktische aanpak van het drugsprobleem en niet voor een ‘moralistische en overdreven dramatische’ benadering ervan.⁸² Niet alleen Nederlanders waren trots op de ‘Dutch

approach', deze verwierf ook wereldwijd faam onder hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers.⁸³

In dit soort rooskleurige verhalen lijkt het soms alsof Nederland met de wijziging van de Opiumwet in 1976 niet alleen het gedoogbeleid van cannabis introduceerde, maar ook een welbewuste koers inzette richting een *harm reduction* aanpak van heroïneverslaafden. Dit is een geromantiseerde weergave achteraf. Zoals dit hoofdstuk heeft laten zien, verliep de weg naar de Nederlandse omarming van de *harm reduction* aanpak veel rommeliger. Weliswaar werden verslaafden aan hard-drugs in de Opiumwet van 1976 patiënten genoemd, een afkickgerichte aanpak van deze patiënten was aanvankelijk dominant. Heroïnegebruikers moesten worden ontmoedigd om te volharden in hun destructieve levensstijl, vond de overheid.

Pas in de jaren tachtig wijzigde langzaam de koers, waarbij niet de landelijke overheid maar veeleer het lokale initiatief leidend lijkt te zijn geweest. De crisis rond De Doelen was de directe impuls voor de start van de laagdrempelige verstrekking van methadon in Amsterdam. De methadonbus ging in 1979 in eerste instantie rijden als onderdeel van gemeentelijke rampbestrijding. In de jaren daarna ontwikkelde de methadononderhoudsbehandeling zich tot zorgmaatregel. Maar er was ook weerstand, van lokale politici en van de Staatsinspectie voor Volksgezondheid, die vonden dat stoppen met drugsgebruik voorop moest staan in de hulpverlening. Amsterdammers klaagden ondertussen over het softe en weinig effectieve beleid van de gemeente. De beroemde 'Dutch approach' werd zeker niet door alle Nederlanders toegejuicht.

Dat de methadonverstrekking niet het einde betekende van het heroïne- en cocaïne gebruik van de cliënten, bleek al snel een gegeven. Inzet van de methadonverstrekking was dan ook vooral om cliënten in zorg te krijgen, maar ook om hen te stimuleren een regelmatig en meer productief leven te gaan leiden. Toch lijkt maar in beperkte mate sprake van 'medische macht'. De weerbarstigheid van de verslavingsproblematiek bepaalde uiteindelijk het spel. De dossiers bevestigen het huidige in de verslavingswetenschap dominante beeld van verslaving als een naar chroniciteit neigende ziekte, waarbij terugval meer regel is dan uitzondering en waarbij het moeilijk te voorspellen is, of en op welk punt in hun leven mensen in staat zullen zijn om de verslaving achter zich te laten. Meer dan macht lijkt machteloosheid een relevante analytische categorie als het gaat om de methadonverstrekking.

Toen en nu***‘Verslaafd zijn is gewoon zwaar’***

De methadonbus rijdt sinds enkele jaren niet meer en het aantal Amsterdamse opiaatverslaafden daalde van tienduizend in 1980, tot drieduizend in 2009. De heroïneverslaafde lijkt – in Nederland althans – een langzaam verdwijnend fenomeen. Karien de Ridder is sinds 2009 locatiemanager van de ‘Geïntegreerde voorzieningen (GV) Zuid-Oost’ van de GGD. Ongeveer driehonderd cliënten krijgen hier methadon. Daarnaast mogen 75 mensen driemaal daags hun heroïne komen spuiten of roken, in een clean kamertje waar ze een half uur mogen blijven zitten. Voor Amsterdam was de medische verstrekking van heroïne eind jaren zeventig al een serieuze optie, maar de Nederlandse overheid vond het lang niet bespreekbaar. Pas in 2007 werd heroïne legaal als medicijn. ‘Het is een zware behandeling’, aldus de Ridder. ‘De heroïneverstrekking is er iedere dag, in een strak schema. Ook in het weekend, ook op Nieuwjaarsdag. Ze kunnen zich niet aan de behandeling onttrekken.’

De Dienst Werk en Inkomen zit ook in het gebouw, net als Street-cornerwork en de reclassering. De Ridder: ‘Korte lijnen, om de verstrekking van de vervangende middelen zo laagdrempelig mogelijk te maken. Klanten hoeven nu niet meer allerlei instanties langs, meegesleept door een hulpverlener.’

Sinds de pioniersfase van de methadonverstrekking is dus veel veranderd. De verbindende lijn, vindt de Ridder, is de grote betrokkenheid van het personeel: ‘Die was er in de jaren zeventig en is er nog steeds. Werken met chronische verslaafden is ruig werk, dat bevlogen mensen vraagt met een lange adem. Doeners, met het hart op de goede plek en gevoel voor humor.’ Maar, voegt ze hieraan toe, deze mensen hebben de afgelopen tijd moeten leren methodisch te werken. ‘Dat wil zeggen: systematisch reflecteren op je omgang met de klanten. Waarom reageer ik zo kortaf bij deze persoon? En ben ik niet te mild voor deze meneer of mevrouw, die ik toevallig aardig vind?’ Ook volgde het personeel een cursus ‘motiverende gespreksvoering’.

Toch hebben sommige cliënten nog steeds kritiek, vertelt De Ridder: ‘Zoals een van hen het onlangs uitdrukte: “Wij zijn afhankelijk van de GGD en worden in de maatschappij op een zijspoor gezet”.’ Ze denkt dat achter dit soort uitspraken vaak frustratie schuilgaat: ‘Voor veel mensen

komt terugblikkend op hun leven de vraag op: wat heb ik met mijn leven gedaan? Dat heeft in het teken gestaan van mijn verslaving'. Volgens De Ridder kampt de ouder wordende populatie opiaatverslaafden met dit soort existentiële vragen. Het zijn mensen bij wie geen enkele aanpak heeft gewerkt. Bij de GGD kunnen ze nog wel terecht. Hun woonsituatie, financiële omstandigheden, dagbesteding en gezondheid: alles wordt bekeken en waar mogelijk verbeterd. Veel cliënten blijken een psychiatrische stoornis of verstandelijke handicap te hebben die nooit is onderkend. De Ridder: 'Ze lijken *streetwise*, maar eigenlijk begrijpen ze niet waar het over gaat. Ze zijn in hun leven overvraagd of misbruikt.' Bij de GV ligt de lat laag. Cliënten verdwijnen soms uit beeld, maar mogen altijd terugkomen. Wel moeten ze dagelijks door een detectiepoortje lopen. Dat vinden ze vervelend. Sommigen moeten 'blazen' om hun alcoholpromillage te meten, want de combinatie drank en opiaten is gevaarlijk.

De Ridder concludeert dat de GV de levenskwaliteit van de doelgroep verhoogt, samen met die van de inwoners van Amsterdam: 'De GGD is er voor alle burgers. Wij moeten de overlast in de stad verminderen en de veiligheid vergroten. Het is aangetoond dat dit ook lukt. Al met al is het goed dat wij er zijn.'

Conclusie

In de jaren dertig kwamen de medewerkers van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken 'achter de voordeur' van een groeiend aantal Amsterdammers met psychische problemen. De hoofdoorzaak was dat de gemeente Amsterdam wilde bezuinigen op de verpleegkosten van geesteszieken. Tegelijkertijd zag de 'rijdende psychiater' Arie Querido hierin een kans om zijn ideaal te verwezenlijken: opnamevoorkomend werken. Zijn leven lang streed hij hiervoor. Als lid van de Eerste Kamer stemde hij als enige in 1967 zelfs tegen de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Hij zag hierin een onbezonnen 'opbergsysteem voor hopeloze patiënten',¹ waarmee beleidsmakers een instrument hadden geschapen om mensen op te nemen, maar 'geen tegenwicht om ze eruit te halen of om te voorkomen dat ze opgenomen werden'.²

Querido en zijn voorganger Frits Meijers legden tijdens het Interbellum de basis voor de psychiatrische afdeling van de GG & GD, die na de Tweede Wereldoorlog exponentieel zou groeien. De oorspronkelijke afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken werd eerst omgedoopt tot afdeling voor Geestelijke Hygiëne (1946) en daarna tot afdeling voor Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg (2002). Die telt nu ruim 200 medewerkers. Het werk vertakte na 1945 bovendien in steeds meer specialisaties. Naast de traditionele acute psychiatrie en nazorg kwamen er onderafdelingen voor de jeugd, voor ouderen, voor drugs en voor daklozen. Ook de banden met de politie en de burgers van de stad werden sterker, via de Meldpunten voor Zorg en Overlast die na 1993 ontstonden. Het eerste kwam tot stand in stadsdeel Westerpark, als Meldpunt Extreme Overlast. Buurtbewoners konden hier klachten indienen over bijvoorbeeld woningvervuiling, bedreigingen op straat, geluidsoverlast of pesterijen door burens. De politie, GG & GD, Riagg, Jellinek en woningcorporaties werkten samen in het Meldpunt om deze problemen aan te pakken.

De impulsen voor deze groei van het psychiatrische werk vanuit de GG & GD in de twintigste eeuw waren in de afgelopen eeuw van verschillende aard. Soms stond de wens tot geldbesparing voorop, zoals in het geval van Querido en de bloei van de sociale psychiatrie in de jaren dertig. In andere gevallen was het een inhoudelijke prikkel die een uitbreiding van het werk betekende, zoals bij de oprichting van de Jeugd Psychiatrische Dienst. Die belichaamde het preventieve ideaal van Geestelijke Hygiëne waardoor Querido bevlogen was om psychische problemen bij volwassenen te voorkómen door ze reeds in de kindertijd te behandelen.

Ook acute problemen in de stad konden een terreinuitbreiding betekenen voor de afdeling. Zoals beschreven in hoofdstuk drie leidde de overlast rond een zwerf-

groep van Surinaamse verslaafden in 1979 tot de eerste methadonbus in Amsterdam. Een ander voorbeeld is het succes van de Meldpunt-aanpak in de jaren negentig, die sterk is gestimuleerd door een geweldsincident. In 1993 doodde een geesteszieke man een Turks meisje in Amsterdam Oost. Na deze tragische gebeurtenis, die veel woede en angst opriep onder Amsterdammers, duurde het niet lang voordat ieder stadsdeel in de hoofdstad zijn eigen Meldpunt had. De overkoepelende doelstelling van de Meldpunten was: 'Het terugbrengen van de overlast en het bevorderen van het welzijn van de cliënt door verwijzing naar een passende hulpverlening'.³ De afdeling Vangnet en Advies van de Amsterdamse GG & GD kreeg de regie over de Meldpunten toegewezen.

Deze regiefunctie is van oudsher een kenmerkend aspect van het werk van de afdeling MGGZ en zijn voorgangers. Vaak fungeerde de GG & GD als spin in het web: ze onderhield contacten met alle instanties rondom cliënten, zoals psychiatrische inrichtingen, daklozenvoorzieningen, woningbouwverenigingen, verslavingszorg, politie en justitie. Een andere belangrijke functie van de GG & GD in de vorige eeuw was het vullen van lacunes in de bestaande hulpverlening. De gemeentelijke dienst liep gaten dicht op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), die andere instanties (nog) niet dekten. De laagdrempelige methadonverstrekking is hiervan een goed voorbeeld, maar ook de sociale psychiatrie en de Jeugdpsychiatrische Dienst vulden duidelijk hiaten in de aanwezige zorgarrangementen.

Het werk bestond dus voor een belangrijk deel uit pionieren. Dit had zijn weerslag op het imago en zelfbeeld van de medewerkers van de afdeling MGGZ en haar voorlopers. De psychiaters van de GG & GD werden gekscherend de 'cowboys van de psychiatrie' genoemd, omdat zij de ingewikkelde casuïstiek op zich namen die de 'kantoorurenpsychiatrie' liet liggen.⁴ Zij zetten zichzelf in interviews en publicaties ook graag neer als inventieve mensen met een 'sociaal hart', die niet graag in het gareel liepen en weinig moesten hebben van 'deftige' artsen en psychiaters.

Hulpverleners in de sociale psychiatrie, schreef Querido al in 1958, gaan 'vrij van enige theoretische overwegingen' op de problemen af.⁵ De sociale psychiatrie was volgens hem een praktijkvak *pur sang*, gestoeld op creativiteit. Ook een halve eeuw later werden hulpverleners in de OGGZ gekarakteriseerd als 'bijzondere mensen', die zelf 'een beetje gek' moesten zijn gezien de aard van het werk, 'een beetje grof moeten zijn, niet voor de poes'. Het werk in de OGGZ zou vragen om 'eigenzinnige professionals', mensen die 'een zekere durf en stoutmoedigheid niet vreemd is' en die hun collega's kunnen overtuigen van de noodzaak van een onorthodoxe aanpak.

Disciplineren en emancipatie

Welke invloed had dit sociaalpsychiatrische werk op het leven van Amsterdammers? Doel van de afdeling MGGZ en haar voorgangers is altijd geweest om mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de samenleving te houden. Arie Querido, Pier de Boer en Hart de Ruyter deelden een weerzin tegen de psychiatrische ziekenhuizen. Die instellingen waren soms nodig maar als het even kon moesten mensen er uit worden weggehouden of er zo snel mogelijk uit terugkeren. Het moest de maatschappij ook niet te makkelijk worden gemaakt om de geesteszieke medemens uit te stoten. De veranderende terminologie ten aanzien van de doelgroep suggereert eveneens een proces van toenemende tolerantie en insluiting. Sprak men in 1916 nog van 'maatschappelijk ongeschikten' en krankzinnigen, tegenwoordig omschrijft men hen als 'kwetsbare burgers'.

Volgens Querido hadden de Amsterdammers met psychische problemen baat bij de komst van het sociaalpsychiatrisch werk vanuit de GG & GD. Het belangrijkste aspect daarvan was volgens Querido het contact met de patiënten en hun familie: 'de gelegenheid, die beiden geboden wordt zich eens rustig uit te spreken, de overtuiging, die men krijgt, dat er een instantie is, waar men houvast en steun kan vinden'.⁶ Hij omschreef de sociaalpsychiatrische hulpverlening als een beschermende cocon die om patiënten heen werd gesponnen. Het apparaat van 'milde' en 'rechtvaardige' hulpverleners trad in de plaats van 'de kille, eisende, afstotende, harde maatschappij, zoals de gezonden die moeten en kunnen verdragen'.⁷

Anderzijds maakt de groei van de afdeling MGGZ en haar voorgangers ook deel uit van een proces van 'medicalisering' van de samenleving, waarop de afgelopen decennia veel kritiek te horen is geweest. Onder het mom van een medische behandeling vond in de afgelopen eeuw in werkelijkheid een grootscheepse disciplineren plaats van onaangepaste burgers, aldus critici. Als 'beulsknechten van de bourgeoisie' spreidden artsen en psychiaters hun tentakels uit over de hele samenleving, waar zij burgers gingen indelen in normalen en abnormalen. Steeds meer ongewenste vormen van gedrag kregen een medisch 'label'. Ook de afdeling van Querido en zijn opvolgers droeg bij aan deze medicalisering. Probleemkinderen gingen hier 'jeugdige psychopaten' heten of 'grensdebielen'. Intensieve drank- en/of drugsgebruikers werden 'chronisch verslaafden'.

Afkeuring van de levensstijl van cliënten, en pogingen deze te veranderen, zijn gemakkelijk te vinden in het bronnenmateriaal. In de jaren dertig bijvoorbeeld waren de morele oordelen over klanten niet van de lucht. Querido gaf zijn materiële steun liever aan een fatsoenlijk gezin dan aan een stel brutale 'parasieten'. Het werk van de afdeling jeugd in de jaren dertig en veertig moest bijdragen aan beperking

van de overlast op straat door zwakzinnigen en ‘baldadige jeugd’. Een halve eeuw later probeerden hulpverleners de methadonklanten via allerlei regels te stimuleren om hun woningen netjes te verzorgen, niet bij te gebruiken, en een studie of baan op te pakken. Het opvoeden van cliënten tot zelfbeheersing en sociale verantwoordelijkheid was permanent een aspect van het GG & GD-werk.

De gedetailleerde blik van dit boek op een aantal sleutelmomenten uit de geschiedenis van de Amsterdamse sociale psychiatrie, toont echter een paradox: de wens van de stad om het gedrag van lastige burgers te reguleren, resulteerde in een groeiende tolerantie voor afwijkend gedrag. De GG & GD werkte de vorige eeuw op diverse momenten graag mee aan de bestrijding van overlast of hoge kosten voor de stad, veroorzaakt door ‘kwetsbare burgers’. Maar de GG & GD gaf er steeds een eigen draai aan. Een overlastprobleem vormde ze om tot een zorginnovatie: de voor- en nazorg, de jeugdpsychiatrie en het circuit voor laagdrempelige methadonverstrekking. Ondertussen probeerde men begrip te kweken voor de overlast gevende burgers. Meijers en Querido publiceerden over het schadelijke stigma rond geestesziekte. Hart de Ruyter betoogde dat het gedrag van ‘probleemkinderen’ het gevolg was van verwaarlozing in hun vroege jeugd, trauma’s of opvoedingsfouten van hun ouders. W.G. Mulder en zijn medewerkers bepleitten begrip voor jeugdige drugsgebruikers, die last zouden hebben van levensfaseproblematiek en ‘Weltschmerz’ en daarom niet met harde hand moesten worden aangepakt. Steeds fungeerde de GG & GD als scharnier tussen veiligheid en zorg.

Problemen in het donker

Het bleef niet bij woorden. Op talloze manieren zorgden gemeentelijke hulpverleners, in nauwe samenwerking met particuliere organisaties en zorginstellingen in de stad, dat hun klanten niet verloederden, vereenzaamden of opnieuw ontspoorde. Dat deden ze door hen een woning te bezorgen en indien nodig materiële steun te regelen. Ze probeerden boetes of gevangenisstraffen kwijtgescholden te krijgen als ze dachten dat die het behandelproces nadelig doorkruisten. Ze deden pogingen om door middel van gesprekken begrip te kweken voor hun klanten bij familie, buurtbewoners, huisartsen en politie. Altijd was het doel om cliënten zo zelfstandig mogelijk te laten wonen in de stad.

Zo verstevigden medewerkers van de GG & GD de sociale positie van hun klanten en droegen ze bij aan de tolerantie voor afwijkend gedrag. Directeur Rengelink betoogde in 1984 dan ook dat overlastbestrijding en zorg voor het individu prima konden samengaan. Men sloot niemand uit van hulp en steun, ook niet wanneer de pogingen tot gedragsregulering faalden. Voorop stond de wens om in contact te

blijven met de cliënten met wie het niet goed ging. Uiteindelijk bleek de invloed van hulpverleners op de levensstijl en levensloop van hun cliënten vaak beperkt. Hun problemen waren hardnekkig en veel werk bestond uit schadebeperking.

Publiekelijk verdedigden GG & GD-hulpverleners graag de belangen van hun weerbarstige cliënten richting stad en samenleving. De belangen van cliënten waren dan ook mede hun eigen belangen. Het sociaal psychiatrische werk dat onder Meijers en Querido opbloeiende, hield bijvoorbeeld niet alleen de patiënten uit de kliniek, maar ook veel artsen en verpleegkundigen die daar niet graag werkten. De Jeugdpsychiatrische Diensten verschaften een werkterrein aan een nieuwe beroepsgroep: de kinderpsychiaters. De laagdrempelige methadonverstrekking tussentijdse groeide op een gunstig moment uit tot de nieuwe ruggengraat van de afdeling MGGZ, toen de acute psychiatrie voor een belangrijk deel werd overgenomen door andere psychiatrische instellingen in de stad.

De groeiende welvaart na de Tweede Wereldoorlog hielp ook een handje: daardoor kon de hulpverlening lange tijd onbelemmerd verder groeien. Ook voor het individueel geestelijk welbevinden boden de gunstigere materiële omstandigheden betere voorwaarden dan de armoede van weleer, betoogde Querido in 1961. Hij vervolgde echter: 'ik behoor niet tot degenen, die menen dat een volmaakte maatschappij volmaakte mensen zal opleveren.' Onze problemen, besloot Querido, 'liggen in het donker, in de schaduwzijde van de gemeenschap. Ook de welvaart kan deze schaduw niet tot verdwijnen brengen'.⁸

Het waren profetische woorden. Na de welvaartsexplosie van de jaren zestig dienden zich nieuwe groepen cliënten aan in de OGGZ, zoals drugsgebruikers en de criminele 'veelplegers' waarmee de GGD zich momenteel bezighoudt, in het kader van de 'Top 600' aanpak van de gemeente Amsterdam. Het is 'koffiedik kijken', schreef in 2010 Giel van Brussel, het toenmalige hoofd van de afdeling MGGZ, om te voorspellen welke groep mensen de OGGZ cliënten van de toekomst zullen worden.⁹ Maar, in de woorden van zijn opvolger Ardan Miedema, 'zeker is dat er altijd nieuwe groepen cliënten zullen opduiken aan de horizon, die een menselijke maar ook stevige aanpak nodig hebben'. Dat was ook de conclusie van pionier Arie Querido. Ook hij voorspelde dat er altijd burgers zouden zijn die 'in aangepastheid tekort schieten' en belanden 'in de schaduw van de welvaart'. De OGGZ, zo suggereert de honderdjarige geschiedenis van de 'afdeling van Querido', vergt permanent onderhoud.

Dankwoord

Mijn dank allereerst aan de twee instanties die dit project mogelijk maakten: de Amsterdamse GGD en de Universiteit van Amsterdam. Vele medewerkers van de afdeling MGGZ van de GGD steunden mij met raad en daad, van hen wil ik met name bedanken Christel Grimbergen, Ardan Miedema, Thea Molenkamp en Wilco Tuinebreijer. Een verder woord van dank gaat uit naar mijn gewaardeerde onderzoeksassistenten, Joppe Schaaper en Marijke Gijswijt-Hofstra, alsmede naar Michiel Louter voor de eindredactie en Boudien de Vries voor haar waardevolle tekstcorrectie. Tot slot wil ik de geïnterviewden hartelijk danken voor de tijd, herinneringen en soms ook archieven die ze voor mij openstelden.

Noten

Inleiding

- 1 A. Querido, *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten* (Lochem 1980) 150-151.
- 2 F. S. Meijers, 'De zorg voor de zenuw- en geesteszieken en maatschappelijk ongeschik-ten', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1924, 120-124, aldaar 120.
- 3 Meijers, 'Zorg voor de zenuw- en geesteszieken', 123/124.
- 4 Arend-Jan Heerma van Voss, 'Querido, een levensverhaal', *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 7/8 1991, 796.
- 5 Stadsarchief Amsterdam, Archief 5191 Afd. Onderwijs, inv.nr. 6921-6924.
- 6 A. Querido, 'Organisatie van den voor- en nazorgdienst', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1937, 3696-3975, aldaar 3972.

Hoofdstuk 1

- 1 Arie Querido, *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten* (Lochem 1980) 145.
- 2 Ivonne van der Padt, *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20e naar de 21e eeuw* (Eindhoven 1999) 12.
- 3 Bertold Gersons, *Acute psychiatrie* (Derde herziene druk, Houten 1995) 29.
- 4 Catelijne Akkermans, *Aanspoelen aan de Achtergracht. Maatschappelijke ontwikkelingen, clientèlevorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG & GD (1933-1988)* (Amsterdam 2006) 32; Querido, *Doorgaand verkeer*, 154
- 5 Querido zelf spreekt van 25-30 medewerkers in 1936: *Doorgaand verkeer*, 154-155. De in de tekst genoemde getallen zijn afkomstig uit: Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005) deel I* (Houten 2008) 366.
- 6 Querido, *Doorgaand verkeer*, 155.
- 7 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest I*, 366.
- 8 Arend Jan Heerma van Voss, 'Querido: over het ontstaan van de sociale psychiatrie', *Vrij Nederland* 1980.
- 9 Vincent van Alem e.a., *Querido's legacy. Social psychiatry in Amsterdam from 1932 to 1991* (Amsterdam 1991).
- 10 Alle dossiers uit de eerste maand van 1934 en uit de eerste maand van 1938 zijn bekeken. Uit deze periode zijn de dossiers van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken integraal bewaard gebleven.
- 11 Querido, *Doorgaand verkeer*, 144.
- 12 Ibidem, 126-128.
- 13 Leonie de Goei, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970* (Nijmegen 2001) 17.
- 14 'Internationale conferentie voor maatschappelijk werk', *Het Vaderland. Staatkundig en letterkundig Nieuwsblad* 28-6-1928.
- 15 Zie bv. Het lemma over sociale psychiatrie op http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz

- 15 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* I, 355 en 356.
- 16 De Goei, *De psychohygiënist*, 45.
- 17 F.S. Meijers, 'Zorg voor zwakzinnigen, zenuwlijders e.d.', *Maatschappelijk Hulpbetoon* 1920, 57-59.
- 18 *Verslagen der bedrijven, diensten en commissies van Amsterdam*. No.8 Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (1922) 17.
- 19 Meijers, *De voor- en nazorg*, 66.
- 20 F.S. Meijers, *De voor- en nazorg aan geestelijk hulpbehoevenden* (Amsterdam 1939) 85-87.
- 21 Meijers, *De voor- en nazorg*, 88-90.
- 22 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* I, 362.
- 23 Querido, *Doorgaand verkeer*, 127-130.
- 24 Arend-Jan Heerma van Voss, 'Querido: een levensverhaal', *MGu* 46 (1991) 722-810, aldaar 729.
- 25 Stadsarchief Amsterdam (hierna: SA), Archief 5267.B GG & GD: cliëntendossiers Volwassenen en Acute Psychiatrie, inv.nr. 6728, dossier 3401223.
- 26 In januari had hij bemoeienis met 19 cliënten met het oog op terugplaatsing.
- 27 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401216.
- 28 Van Alem e.a., *Querido's Legacy*, 27.
- 29 Piet de Rooy (red.), *Geschiedenis van Amsterdam. Tweestrijd om de hoofdstad 1900-2000* (Amsterdam 2007) 207-217.
- 30 Akkermans, *Aanspoelen aan de Achtergracht*, 123.
- 31 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401255.
- 32 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401269.
- 33 Arie Querido, 'Organisatie van den voor- en nazorgdienst', *NTvG* 81 (1937) 3969-3975, aldaar 3973.
- 34 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401345.
- 35 Querido, *Doorgaand verkeer*, 168.
- 36 Ibidem, 152.
- 37 De Rooy (red.), *Geschiedenis van Amsterdam*, 208.
- 38 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401296.
- 39 Querido, *Doorgaand verkeer*, 167.
- 40 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6763, dossier 3801317.
- 41 Op. cit. Ad van Liempt, *Na de bevrijding. De loodzware jaren 1945-1950* (Amsterdam 2014) 135.
- 42 Querido, *Doorgaand verkeer*, 141.
- 43 SA, Archief 5267, Archief GG & GD en voorloper, inv.nr. 1270 (correspondentie), aldaar: L. Heijermans, *Nota inzake de organisatie van voor- en nazorg van geesteszieken*.
- 44 Joost Vijselaar, 'Geest, lichaam en gemeenschap 1928-1940', in: Gemma Blok en Joost Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 96.
- 45 Vijselaar, 'Geest, lichaam en gemeenschap', 96.
- 46 Querido, *De omgang met geesteszieken in het gezin* (Amsterdam 1935) 7.
- 47 Querido, *Doorgaand verkeer*, 146.

- 48 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6763, dossier 3801324.
- 49 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401400.
- 50 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6763, dossier 3801212.
- 51 In januari 1934 waren er 70 verzoeken om opname. Van die 70 verzoeken werd in 6 gevallen opname voorkomen. In drie gevallen was het onduidelijk of een opname plaatsvond. In januari 1938 waren er 47 opname verzoeken, waarvan ook in 6 gevallen de opname voorkomen werd. In totaal betrof het in onze dossiers dus 117 keer een verzoek om opname, waarvan in 12 gevallen die opname werd voorkomen, dat is zo'n 10 procent van de gevallen.
- 52 In 143 van de 227 gevallen waarin de verwijzer genoteerd stond, ging het om een arts.
- 53 Querido, *Doorgaand verkeer*, 164.
- 54 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, 3401380.
- 55 Uitgaande van 6 opnames die werden voorkomen zowel in januari 1934 als in januari 1938.
- 56 Catharina Th. Bakker, *Geld voor de GGZ. De financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)* (Amsterdam 2009) 272.
- 57 Querido, *Omgang met geesteszieken*, 5.
- 58 Ibidem, 8.
- 59 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest* I, 366.
- 60 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401220.
- 61 SA, Archief 5267, inv.nr. 233. Brief A. Querido aan L. Heijermans, 7 maart 1934.
- 62 Matt Koers, *Gezin of gesticht? Onderzoek naar gezinsverpleging voor geesteszieken in Nederland 1900-1940* (Ongepubliceerde masterscriptie Geschiedenis 2013) 87.
- 63 Victor E. van Vriesland, *Onderzoek en vertoog I* (Amsterdam 1958) 600-601; recensie in *De Gooi- en Eemlander* 22 augustus 1937.
- 64 Landelijk waren er in 1937 1058 mensen in gezinsverpleging, in Amsterdam zaten dat jaar 531 patiënten in pleeggezinnen. Zie jaarverslag GG & GD 1937, 13.
- 65 F.S. Meijers, 'De zorg voor zenuw- en geesteszieken en maatschappelijk ongeschikten', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2 (1924) 120-124, aldaar 124.
- 66 SA, Archief 5267, inv.nr. 2043: Tabel met gegevens betreffende krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten die voor rekening van Amsterdam verpleegd werden in 1932-1934.
- 67 Koers, *Gezin of gesticht?*, 31.
- 68 SA, Archief 5267, inv.nr. 233.
- 69 Querido, *Doorgaand verkeer*, 137.
- 70 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401218.
- 71 SA, Archief 5267, inv.nr. 233.
- 72 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401344.
- 73 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401250.
- 74 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401412.
- 75 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401344.
- 76 Jan Wolkers, 'De geest waait', in: Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 139-145.
- 77 N. Bakker e.a., *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk, 1500-2000* (Gorcum 2006) 401-403.

- 78 Z.a., 'Voor en nazorg', *Algemeen Handelsblad* 11 april 1937.
- 79 Querido, *Doorgaand verkeer* 138.
- 80 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401214.
- 81 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401288.
- 82 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6763, dossier 3801213.
- 82 SA, Archief 5267.B., inv.nr. 6763, dossier 3801202.
- 84 Querido, *Omgang met geesteszieken*, 51.
- 85 Ibidem, 54.
- 86 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401231.
- 87 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401300.
- 88 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401344.
- 89 SA, Archief 5267.B., inv.nr. 6763, dossier 3801323.
- 90 SA, Archief 5267.B., inv.nr. 6763, dossier 3801345.
- 91 Arie Querido, 'Psychiatrie d'urgence', *NTvG* 79 (1935) 124-134.
- 92 H.C. Jelgersma, 'Over het gebruik van apomorphine als kalmeerend middel', *NTvG* 79 (1935) 669-673.
- 93 Querido, *Doorgaand verkeer*, 166.
- 94 Ibidem, 165.
- 95 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6763, dossier 3801215.
- 96 Akkermans, *Aanspoelen aan de Achtergracht*, 76/77.
- 97 Giel van Brussel en Marcel Buster, *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. OGGZ monitor 2010* (Amsterdam 2010) 9.

Hoofdstuk 2

- 1 Leonie de Goei, *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland, 1936-1978* (Utrecht 1992) 57-58.
- 2 SA, Archief 5267.A. Archief GG & GD: cliëntendossiers jeugdpsychiatrie, inv.nr. 296.
- 3 Timo Bolt en Leonie de Goei, *Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie, 1948-2008* (Assen 2008) 22-24.
- 4 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401355.
- 5 Luc Brants, *Leiding moeten zij hebben. Geschiedenis van de sociaal pedagogische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland tussen 1900-1945* (Antwerpen/Apeldoorn 2004) 25/26.
- 6 Ido Weijers, *De creatie van het mondig kind. Geschiedenis van pedagogiek en jeugdzorg* (Amsterdam 2001) 109-110.
- 7 Brants, *Leiding moeten zij hebben*, 45.
- 8 Ibidem, 40-43.
- 9 Ibid, 52.
- 10 SA, Archief 5267, Indicateur 406 Wilhelminavereniging, over inlichtingen nazorg. Aldaar: brief Meijers aan Heijermans, 22 februari 1928.
- 11 A. Querido, *Zeeburgerdorp. Een sociaal-psychiatrische studie* (1933) 16.
- 12 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401408.
- 13 Brandts, *Leiding moeten zij hebben*, 82.

- 14 SA, Archief 5267, Indicateur 406. Wilhelminavereniging, over inlichtingen nazorg. Aldaar: brief Meijers aan Heijermans, 22 februari 1928.
- 15 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6728, dossier 3401230.
- 16 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6729, dossier 3401397.
- 17 SA, Archief 5191, Afdeling Onderwijs Gemeente Amsterdam. Inv.nr. 6920, aldaar: rapport A.H. Gerhardschool.
- 18 F.S. Meijers, 'De zorg voor zenuw- en geesteszieken en maatschappelijk ongeschikten', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (1924) 120-124, aldaar 123.
- 19 J. v.d Spek, 'Jeugdige psychopathen in de huisartsenpraktijk', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) 3526-3530.
- 20 Meijers, 'De zorg voor zenuw- en geesteszieken', 123.
- 21 Op. Cit. Nelleke Bakker, Jan Noordman en Marjoke Rietveld – van Wingerden, *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk 1500-2000* (Assen 2006) 381.
- 22 SA, Archief 5191, Afdeling Onderwijs Gemeente Amsterdam. Inv.nr. 6921. Vergadering der Commissie voor de oprichting van scholen voor psychopathen en andere moeilijk opvoedbare kinderen.
- 23 Piet de Rooij, *Republiek der rivaliteiten. Nederland sinds 1813* (Amsterdam 2005) 173.
- 24 Weijers, *Creatie van het mondige kind*, 158.
- 25 SA, Archief 5191, Afdeling Onderwijs Gemeente Amsterdam. Inv.nr. 6920, aldaar: rapport A.H. Gerhardschool.
- 26 *Rapport van de Commissie, ter bestudeering van de vraag, of het wenschelijk en mogelijk is, in Amsterdam één of meer scholen voor psychopathen en één of meer scholen of klassen van de overige moeilijk opvoedbare kinderen op te richten* (Amsterdam 1937) 6.
- 27 Brands, *Leiding moeten zij hebben*, 50.
- 28 A.J. Heerma van Voss, 'Querido. Een levensverhaal', *MGu* 46 (1991) 722-811, aldaar 797.
- 29 SA, Archief 5267. Indicateur 1530, nr. 2986. Aldaar: brief A. Querido aan de directeur van de GG & GD, d.d. 1 augustus 1945.
- 30 SA, Archief 5267, Indicateur 1530, nr. 2986. Aldaar: brief van directeur GG & GD aan de wethouder Openbare Gezondheid van de Gemeente Amsterdam, d.d. 11 oktober 1943.
- 31 Op.cit. Hans Righart, *De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict* (Amsterdam 1995) 80.
- 32 Z.a., 'Over de baldadige jeugd', *Nieuwsblad van het Zuiden* 24 mei 1947.
- 33 Ad van Liempt, *Na de bevrijding. De loodzware jaren 1945-1950* (Amsterdam 2014) 94.
- 34 Van Liempt, *Na de bevrijding*, 134-135.
- 35 Mooij en Israëls, *Aan de Achtergracht*, 144/145.
- 36 SA, Archief 5267. Indicateur 1530, nr. 2986. Aldaar: brief A. Querido aan de directeur van de GG & GD, d.d. 18 april 1946.
- 37 De Goei, *In de kinderschoenen*, 31-34.
- 38 Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 82.
- 39 De Goei, *In de kinderschoenen*, 47/48.

- 40 Ibidem, 11.
- 41 Ibid, 67.
- 42 Th. Hart de Ruyter, 'De taak van de overheid bij de geestelijk-hygiënische zorg voor kinderen', *MGv* 1 (1946) 104-109, aldaar 105-107.
- 43 De Goei, *In de kinderschoenen*, 68-69.
- 44 Akkermans, *Aanspoelen aan de Achtergracht*, 84. SA, archief 5320, Archief van de Secretarie, Afdeling Jeugdzaken, Inleiding op Inventaris.
- 45 Ibidem, 69-71.
- 46 De Goei, *Psychohygiënisten*, 143-177.
- 47 *Verslagen der bedrijven, diensten en commissies van Amsterdam. No.8 Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst* (1947) 20.
- 48 SA, Archief 5267.A. GG & GD: cliëntendossiers jeugdpsychiatrie, inv.nr. 281.
- 49 Eus Lekkerkerker, 'Tien jaar na de bevrijding', *MGv* 10 (1955) 173-200, aldaar 200.
- 50 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4608213.
- 51 SA, Archief 5267.A., inv.nr. 297.
- 52 De Rooij, *Republiek der rivaliteiten*, 210.
- 53 Van Liempt, *Na de bevrijding*, 120-122.
- 54 SA, Archief 5267.A , inv.nr. 287.
- 55 SA, Archief 5267.A , inv.nr 296.
- 56 De Goei, *In de kinderschoenen*, 87.
- 57 Weijers, *Creatie van het mondige kind*, 159.
- 58 De Goei, *In de kinderschoenen*, 33.
- 59 Weijers, *Creatie van het mondige kind*, 157-158.
- 60 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4602335.
- 61 Bolt en De Goei, *Kinderen van hun tijd*, 15.
- 62 De Goei, *In de kinderschoenen*, 32.
- 63 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4606215.
- 64 SA, Archief 5267.A., inv.nr 298.
- 65 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4610294.
- 66 SA, Archief 5267.A., inv.nr 275.
- 67 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4609290.
- 68 SA, Archief 5267.A., inv.nr. 291.
- 69 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4609342.
- 70 Gemma Blok, *Kehrer, Meta*, in: *Digitaal Vrouwenlexicon van Nederland*. URL: http://resources.huygens.knaw.nl/vrouwenlexicon/lemmata/data/Kehrer,_Meta [13/01/2014]
- 71 Han Israëls, *Heilige verontwaardiging. Een onderzoek naar de feministische visie op incest* (Amsterdam/Antwerpen 2001) 21-32.
- 72 De Goei, *In de kinderschoenen*, 58.
- 73 Bakker e.a., *Vijf eeuwen opvoeden*, 279.
- 74 SA, Archief 5267.A., inv.nr. 291.
- 75 SA, Archief 5267.B, inv.nr. 6822, dossier 4608319.
- 76 SA, Archief 5267.A., inv.nr. 287.
- 77 De Goei, *In de kinderschoenen*, 87.
- 78 SA, Archief 5267.A., inv.nr. 291.

- 79 F. Verheij, 'Opkomst van het interactieve denken' in: F. Verheij en Ph.D.A. Treffers (red.), *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie II. Verschuivende denkbeelden* (Assen 2008) 237-247.
- 80 De Goei, *In de kinderschoenen*, 69.
- 81 Op. cit. Bolt en de Goei, *Kinderen van hun tijd*, 26.
- 82 Ibidem.

Hoofdstuk 3

- 1 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 1, 'Notitie m.b.t. de aanpak van het probleem van de drugsverslaafden in het gebouw De Doelen', Amsterdam 9 maart 1979.
- 2 Dienst welzijn Amsterdam, *Koersen naar evenwicht* (Amsterdam 1997) 6, 9.
- 3 Ed. Leuw, *Drugsgebruik in het Vondelpark 1972: een onderzoek naar de aard en betekenis van drugsgebruik onder de jeugdige toeristen in het Vondelpark* (Amsterdam 1973).
- 4 Ed. Leuw, 'Door schade en schande. De geschiedenis van drug-hulpverlening als sociaal beleid in Amsterdam', *Tijdschrift voor Criminologie* 26 (1984) 149-167, aldaar 153.
- 5 Interview Gemma Blok met Giel van Brussel, 15-10-2013. Tenzij anders vermeld, zijn alle overige citaten van Van Brussel afkomstig uit dit interview.
- 6 Stichting de Laurier. *Vondelpark 1974. Hulpverlening* (Pers. archief Giel v. Brussel)
- 7 G. van Brussel en A.J. de Roij-Motshagen, 'Medische hulpverlening aan verslaafden op de politiebureaus in Amsterdam 1977-1979', *Medisch Contact* 47 (1980) 1476-1478.
- 8 Leuw, 'Door schade en schande', 153.
- 9 *Jaarverslag GG & GD 1973*, 7.
- 10 Ernst Buning en Giel van Brussel, *Methadon* (Amsterdam 1977) 3.
- 11 Op. Cit. Paul Vugts, 'Hoe de hulpverlening zich dertig jaar lang behield in Amsterdam', *Het Parool* 25 augustus 2007.
- 12 Herman Obdeijn en Marlou Schrover, *Komen en gaan. Immigratie en emigratie in Nederland vanaf 1550* (Amsterdam 2008) 254/255.
- 13 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, verslag vergadering 14 maart 1979, 591.
- 14 *Het Parool* 26-3-1979.
- 15 G.H.A. van Brussel en E.C. Buning, 'Methadon per bus in Amsterdam', *Tijdschrift voor Alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen* 1980.
- 16 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 1, 'Notitie m.b.t. de aanpak van het probleem van de drugsverslaafden in het gebouw De Doelen', Amsterdam 9 maart 1979, 499-502.
- 17 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 1, 'Notitie m.b.t. de aanpak van het probleem van de drugsverslaafden in het gebouw De Doelen', Amsterdam 9 maart 1979, 503.
- 18 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 571.
- 19 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 575.
- 20 Jaarverslag Srefidensie 1977-1979, 9
- 21 Peter Giesen, *Land van lafaards? Geschiedenis van de angst in Nederland* (2007) 167.
- 22 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 555.
- 23 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 559.
- 24 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 585.

- 25 *KRO Brandpunt* uitzending 02-03-1979.
- 26 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 559.
- 27 Van Brussel geciteerd in: Matt Delahay, 'Het wachten is op een volksbeweging. Heroïne en methadon IV', *De Waarheid* 13-1-1982.
- 28 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2, 14 maart 1979 (avondzitting) 555.
- 29 Gemma Blok, *Ziek of zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland* (Amsterdam 2011) 173-177.
- 30 Ibidem, 198.
- 31 Ibid, 215.
- 32 Interview Gemma Blok met Ernst Buning, 9-1-2014. Tenzij anders vermeld, zijn alle overige citaten van Buning afkomstig uit dit interview.
- 33 W.G. Mulder, *Verslaving. Druggebruik bij jongeren* (Amsterdam 1969) 145 en 167.
- 34 SA, Archief 5267, GG & GD en voorloper, inv.nr. 1061. *Jaarverslag Drugsafdeling* 1983.
- 35 *AVRO Televisier*, uitzending 31 mei 1979.
- 36 SA, Archief 1482, Archief van Wim Polak, inv.nrs. 777 en 778.
- 37 Peter de Vries, 'Irene Vorrink ten onder aan de heroïne', *De Telegraaf* 26-05-1979.
- 38 *Televisier* 31 mei 1979.
- 39 Leuw, 'Door schade en schande', 164.
- 40 Giel van Brussel, *Rol GG en GD bij de verstrekking van vervangende middelen aan druggebruikers* (Amsterdam 1981) 4.
- 41 Van Brussel en Buning, 'Methadon per bus'.
- 42 Persoonlijk archief Gerrit van Santen, *Klantenboek op nummer*, registratie cliënten methadonverstrekking van juni 1979 tot oktober 1983.
- 43 Buning, *Drie maanden methadon*, 6.
- 44 *Gemeentebblad Amsterdam* afd. 2 20 juni 1979 (avondzitting) 1325.
- 45 Ernst Buning, *Drie maanden methadonbus. Een evaluatie* (Amsterdam 1979) 3.
- 46 SA, Archief 30227, Archief GG & GD: cliëntendossiers methadonverstrekking, inv. nrs. 2, 6 en 8.
- 47 Buning, *Drie maanden methadonbus*, 3.
- 48 Voor dit hoofdstuk zijn 36 dossiers bekeken van de eerste lichting cliënten van de methadonbus. Deze representatieve steekproef is bewaard gebleven uit de pioniersfase 1979-1981. De dossiers lopen echter vaak door tot in de jaren 1990.
- 49 Van Brussel en Buning, 'Methadon per bus'. Van de 352 cliënten die zich per 12 oktober 1979 hadden aangemeld voor de bus, gebruikten 146 ook cocaïne.
- 50 Stichting Uitgeverij De Oude Stad, *Discussienota over heroïneverstrekking. Verslag van de heroïneconferentie d.d. 13 mei 1982* (Amsterdam 1982) 50/51.
- 51 Gemeente Amsterdam, *Nota Harddrugs* (Amsterdam 1984) 8.
- 52 SA, Archief 30227, inv.nr. 15.
- 52 Verslaafde 'Jos', geciteerd op: <http://noorderzucht.blogspot.com>. Aldaar: Petra Jonkman, 'Het brood en het beleg', geplaatst op 21 december 2013 (geraadpleegd op 13-02-2014).
- 54 Interview Gemma Blok met Gerrit van Santen, 20 januari 2014.
- 55 SA, Archief 30227, inv.nr. 4.
- 56 GGD Amsterdam, Archief Giel van Brussel, *Rapportage van de overval op de metha-*

- donbus*, 6-8-1981.
- 57 Vugts, 'Hoe de hulpverlening zich dertig jaar lang behield'.
- 58 Ibidem.
- 59 Blok, *Ziek of zwak*, 220.
- 60 H. Rengelink, 'Hulpverlening aan drugsverslaafden', *NTvG* 128 (1984) 259-260.
- 61 IISG, Archief MDHG, inv.nr. 20, 'Rapport: spuiten-omruil, herziene versie (2-9-1985).
- 62 Op. Cit. Martin Zuithof, 'Dertig jaar vechten voor humanisering en legalisering. MDHG, Belangenvereniging voor Druggebruikers', *Zorg en Welzijn* 5 september 2007.
- 63 Marcel Buster en Giel van Brussel, *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. OGGZ monitor 2010* (Amsterdam 2010) 25.
- 64 Giel van Brussel e.a., *Huisartsen en drugshulp in Amsterdam. Verslag van een oriënterende enquête* (Amsterdam 1997) Bijlage 2. Brief H. Rengelink aan alle Amsterdamse artsen, d.d. 27 april 1981.
- 65 Marcel de Kort, *Tussen patiënt en delinquent. Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid* (Hilversum 1995) 261.
- 66 *Handelingen der Staten Generaal*, Vergadering Tweede Kamer d.d. 4 februari 1985.
- 67 Zie ook: Alex Mold, *Heroin. The treatment of addiction in twentieth century Britain* (DeKalb, Ill. 2008) 133.
- 68 Schriftelijke mededeling Giel van Brussel, 4-9-2014.
- 69 Ph. Bourgois, 'Disciplining addictions. The biopolitics of methadone and heroin in the United States', *Culture, Medicine and Psychiatry* 24 (2000) 165-195; H. Keane, 'Foucault on methadone: beyond biopower', *International Journal of Drug Policy* 20 (2009) 450-452; H. Vibeke Dahl, 'The methadone game', in: J. Fountain and D. J. Korf (eds.) *Drugs In Society: European Perspectives* (Oxford 2007).
- 70 Th. Dalrymple, *Drugs. De mythes en de leugens* (Amsterdam 2006) 51.
- 71 Giel van Brussel, *Het beleid met betrekking tot methadonverstrekking bij de Drugsafdeling van de GG en GD* (Amsterdam 11-3-1983) 3 en 4.
- 72 Van Brussel, *Rol van de GG en GD*, 5.
- 73 SA, Archief 30227, inv.nr. 10.
- 74 SA, Archief 30227, inv.nr. 9.
- 75 Persoonlijk archief Marian Commandeur, *Eindschrijft IVABO* (1985) 33.
- 76 SA, Archief 30227, inv.nr. 7.
- 77 SA, Archief 30227, inv.nr. 9.
- 78 GGD Amsterdam, archief Giel v. Brussel, *Notitie over het wijkpost-bus methadonverstrekkingprogramma* (Amsterdam 1982) 6.
- 79 SA, Archief 5267, inv.nr. 1061, brief beleidsgroep Drugsafdeling aan Tineke v.d. Klinkenberg, d.d. 7-12-1984.
- 80 Op. Cit. Mooij en Israëls, *Aan de Achtergracht*, 181.
- 81 Dienst welzijn Amsterdam, *Koersen naar evenwicht* (Amsterdam 1997) 15/16.
- 82 E. Engelsman, 'Dutch policy on the management of drug-related problems', *British Journal of Addiction* 84 (1989) 211-218.
- 83 R. Davenport-Hines, *The pursuit of oblivion. A global history of narcotics* (New York/Londen 2002) 495/496.

Conclusie

- 1 Zie: <http://resources.huygens.knaw.nl/bwn1880-2000/lemmata/bwn3/querido>
- 2 Heerma van Voss, 'Querido, een levensverhaal', 788.
- 3 GG & GD, Divisie Jeugd en Geestelijke Gezondheidszorg. *Jaarrapportage Vangnet en Advies*, juni 1999.
- 4 Wijnand Mulder, 'Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruijnte' in: Jelle van Veen, *Politie en gezondheidszorg* (Amsterdam 2013) 63.
- 5 Hilde Bakker e.a., *Thuis opgenomen. Uit de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Nederland* (Utrecht 1994) 19.
- 6 A. Querido, 'Organisatie van den voor- en nazorgdienst', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) 3969-3975, aldaar 3973.
- 7 Arie Querido, 'Sociale psychiatrie', in: M.A.J. Romme en W.J.Z. Gorter- Willemse (samenst.), *Werk in uitvoering. Een keur uit de geschriften van prof. dr. A. Querido*, Amsterdam (Leiden 1970) 60-75, aldaar 64.
- 8 Arie Querido, 'In de schaduw van de welvaart', in: M.A.J. Romme en W.J.Z. Gorter- Willemse (samenst.), *Werk in uitvoering. Een keur uit de geschriften van prof. dr. A. Querido*, Amsterdam (Leiden 1970) 162-172, aldaar 170-171.
- 9 Giel van Brussel, 'Amsterdam en OGGZ', in: Marcel Buster en Giel van Brussel, *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. OGGZ monitor 2010* (Amsterdam 2010) 12.

Illustratieverantwoording

A. Querido, *De omgang met geesteszieken in het gezin* (1935), p. 28.

Spaarnestad Photo, p. 19, 64, 76, 78.

Nationaal Archief, p. 71, 83, 84, 95.

Stadsarchief Amsterdam, p. 16, 24, 46, 49, 75.

Het Centrum: Dagblad voor Utrecht en Nederland (28-08-1933), p. 27.

De Waarheid: Volksdagblad voor Nederland (30-07-1984), p. 79.

Rob Huibers, p. 42.

Steef Meyknecht, p. 85, 90, 91.

www.canonsociaalwerk.eu, p. 12.

<https://begraafplaatsveldwijk.wordpress.com>, p. 26.

www.pinterest.com, p. 59.

Foto omslag: Roel Visser

